Oriey
-1
1901
-

N° 7

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

ET

PROSTATECTOMIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Novembre 1901

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Par Gaston RIEY

Né à Lunel-Viel, le 21 novembre 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

Éditeurs du Nouveau Montpellier Médical.

—

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	H. BERTIN-SANS.
MOITESSIER.	GALAVIELLE	VEDEL.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	JEANBRAU.
PUECH.	VIRES.	POUJOL.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. MOURET, Agrégé.
GILIS, Professeur	JEANBRAU, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

G. R.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

G. R.

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

ET

PROSTATECTOMIE

INTRODUCTION

La prostatectomie n'est pas une opération nouvelle, puisqu'elle remonte à quelques cinquante ans, époque de Mercier. Elle a subi depuis des alternatives de faveur et d'abandon : les dangers et les accidents causés par des méthodes aveugles, mal réglées, par suite incertaines dans leurs résultats, plus près de nous le grand crédit, la vogue de la doctrine de Guyon, ne contribuèrent pas peu à faire délaisser à peu près complètement la prostatectomie pour des interventions nouvelles (cystostomie — opérations testiculaires) qui successivement provoquèrent l'enthousiasme des chirurgiens — enthousiasme aussi éphémère que les résultats thérapeutiques.

Sous l'influence des étrangers, des Américains surtout, on revint et on revient avec juste raison à la pratique de la prostatectomie : l'étude pathogénique de la maladie que nous avons faite d'après les travaux récents (Ciechanowski, Motz, Albarran et Hallé, etc...) montre que l'opération est rationnelle.

Les perfectionnements réalisés par la technique opératoire, les résultats obtenus, prouvent que l'opération est d'une relative facilité, d'une bénignité et d'une efficacité évidentes si elle est faite de bonne heure.

Après les thèses si documentées de Prédal (Prostatectomie sus-pubienne) et de Proust (Prostatectomie périnéale), nous avons essayé (le moment semblait opportun) de faire un travail d'ensemble sur la question.

En nous proposant ce sujet de thèse, en acceptant la présidence de notre jury, M. le professeur Tédenat nous a donné de nouvelles marques de sa sollicitude. Nous savons tout ce que nous lui devons et lui exprimons ici notre profonde reconnaissance.

Nous remercions M le professeur agrégé Mouret, qui a été pour nous plus qu'un maître, un ami, de l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

Que MM. les professeurs Grasset, Granel, Ducamp, Gilis, que M. le professeur agrégé Rauzier, soient certains du bon souvenir que nous emportons de leur enseignement et du bienveillant accueil que nous avons reçu d'eux.

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION

Les auteurs s'accordent à désigner, sous le nom d'Hypertrophie de la prostate, l'augmentation partielle ou totale de volume de la glande, qui survient chez les individus âgés et s'accompagne de troubles urinaires à évolution lente, allant de la dysurie à la rétention chronique d'urine.

La pathogénie étant la source des indications thérapeutiques, nous examinerons brièvement les deux théories principales en présence.

D'autre part, cliniquement, la dysurie, puis la rétention étant le phénomène saillant, capital (les autres accidents n'étant que des complications), nous étudierons son mécanisme d'après les travaux récents.

Des faits précis que nous aurons retenus, nous déduirons enfin la conduite à tenir au point de vue thérapeutique.

Pathogénie de l'Hypertrophie de la Prostate [1]

Les théories pathogéniques actuelles divergent dans deux directions opposées :

Pour les uns, la maladie est générale ;

Pour les autres, elle est purement locale.

A. — La maladie est générale. — Théorie de l'artério-sclérose.

Guyon, s'appuyant sur la clinique et *Launois* sur l'anatomie pathologique, surtout, puis *Rochet* (Dysurie sénile), se sont faits les éloquents défenseurs de cette théorie :

Ils regardent la lésion prostatique comme une manifestation de l'artério-sclérose, maladie générale, qui atteint à la fois tout l'arbre urinaire, comme une preuve de la déchéance organique. Tous les prostatiques sont athéromateux.

L'artério-sclérose généralisée, provoquant à des degrés divers et sous des aspects multiples, une dégénérescence fibreuse, serait la cause commune des modifications anatomiques de la prostate, de la vessie (sclérose vésicale), des reins (néphrite interstitielle chronique). Quant à la prostate, son hypertrophie serait « préparée et gouvernée par l'évolution de la prostate sénile vers la lobulation, sous forme de fibromes glandulaires. La production du tissu conjonctif et de la sclérose serait sous la dépendance de l'artério-sclérose généralisée ».

Telle est la conception anatomique de la maladie pour Launois.

[1] Albarran. Art. Hypertrophie de la prostate, in *Traité de Chirurgie,* Le Dentu et Delbet.

Longtemps classique, cette théorie a trouvé d'abord et surtout à l'étranger des adversaires nombreux et soulevé des objections sérieuses.

Albarran et Hallé font remarquer que :

1° Si l'hypertrophie de la prostate « était le stade ultime d'une évolution sénile constante, tous les vieillards devraient, à quelque degré, présenter les lésions de l'hypertrophie prostatique ».

Il n'en est rien — Thompson, après 60 ans, n'a trouvé que 30 °/₀ des prostates hypertrophiées.

2° Un grand nombre de prostates séniles, loin de présenter cette lobulation liée à la formation de fibromes glandulaires, restent normales, conservent histologiquement leur structure uniforme et homogène.

3° Il n'y a aucune relation de cause à effet entre l'artério-sclérose et les diverses lésions : prostatiques, vésicales, rénales.

Casper, Bohdanowictz Motz, Albarran et Hallé, Ciechanowski, par des études multiples et diverses (statistiques, examens histologiques, mensurations micrométriques), ont confirmé, d'une part, cette notion que dans l'arbre urinaire, comme dans tout l'organisme, la répartition de la sclérose vasculaire était tout à fait irrégulière, et établi, d'autre part, qu'il n'y avait « ni analogie, ni simultanéité, ni corrélatiou entre l'artério-sclérose et les lésions observées chez les prostatiques ».

4° En admettant même cette relation causale, comment expliquer l'hypertrophie glandulaire par la sclérose vasculaire qui, dans les autres organes, aboutit toujours à l'atrophie ?

Cette argumentation très serrée, appuyée sur des faits nombreux et exacts, atteint vivement la doctrine de Guyon et Launois.

Nous examinerons plus loin, à propos du rôle de l'insuffisance vésicale dans la rétention, la part de vérité qu'elle semble contenir ; il est certain que, sans avoir une grosse prostate, quelques vieillards éprouvent les mêmes troubles dysuriques que les prostatiques. Ce qu'on appelle d'un bien mauvais mot « prostatisme vésical » et mieux « dysurie sénile » existe bien Nous verrons que cette dysurie, d'origine vésicale, n'est pas non plus sous la dépendance de l'artério-sclérose.

B. — La maladie est locale.

Pour les contradicteurs de Guyon, la lésion prostatique, l'hypertrophie, est la cause première de tous les symptômes et accidents, de toutes les lésions.

Elle crée un obstacle à la miction, en altérant la perméabilité de l'urèthre. La vessie, pour remplir sa tâche, s'hypertrophie, au début ; mais son surmenage amène son atrophie. Elle se laisse distendre. La rétention favorise l'infection ; les lésions rénales naîtront par infection ascendante.

Mais un désaccord absolu survient dès qu'il s'agit de fixer la nature du processus morbide qui crée l'hypertrophie.

1° *Théorie inflammatoire.* — L'inflammation, banale, quelconque, est incriminée par *Goulay*, *Ramon Macias*, pour lesquels : l'inflammation et la prolifération glandulaires causeraient la réaction du tissu conjonctif, qui s'hypertrophierait secondairement.

La blennorrhagie est invoquée par *Eraud*, de Lyon, après Hunter, Desault. J.-L. Petit, Velpeau, Le Dentu, pour les-

quels l'hypertrophie de la prostate ne serait que la suite d'une uréthrite blennorrhagique, antérieure.

Ciechanowski est moins affirmatif : la cause essentielle « siège, dit-il, dans l'inflammation chronique à évolution lente se localisant dans le tissu glandulaire ou dans le stroma, et le plus souvent dans les deux. » Le processus « ressemble aux inflammations chroniques post-blennorrhagiques ».

Albarran et *Hallé* reconnaissent que l'examen des prostates hypertrophiées permet, en effet, de reconnaître ces processus phlegmasiques, mais ils les considèrent comme quelque chose de surajouté, comme un épiphénomène. « Il faut tenir compte de ce que les pièces que nous examinons proviennent de malades qui étaient infectés, chez qui le cathétérisme souvent répété a développé de l'uréthrite chronique. »

Dans un très grand nombre de cas, on ne trouve ni blennorrhagie, ni accidents infectieux antérieurs. Toutefois, dans quelques-uns, l'infection peut être à juste raison incriminée (prostatiques jeunes ayant eu des poussées successives, dont le sondage aggrave l'état).

Le *professeur Tédenat* a signalé l'hypertrophie prostatique chez des sujets jeunes (22, 27, 33 ans), sans qu'on pût toujours invoquer l'artério-sclérose ou une infection antérieure de l'urèthre (*Gaz. Hebd. de Montpellier*, 1889).

2° *L'hypertrophie prostatique est sous la dépendance de lésions testiculaires.* — Cette théorie repose sur les faits suivants :

a) Arrêt de développement de la prostate après l'arrêt de développement des testicules.

b) Développement physiologique parallèle (au moins jusqu'au début de la vieillesse).

c) Atrophie de la prostate normale après la castration chez les animaux et sujets jeunes.

Mac-Ewan estime que les testicules exercent une action régulatrice sur le développement de la prostate. Si, dans la vieillesse, sous l'influence de l'atrophie testiculaire, cette action s'arrête, la prostate se développe au delà de ses limites normales et s'hypertrophie.

Il est facile de voir que cette théorie est en contradiction absolue, comme le remarque Ciechanowski, avec les faits énoncés : tout le monde admet en effet que l'atrophie de la prostate normale ou hypertrophiée après la castration est due à l'arrêt de l'influence des testicules ; il applique, par conséquent, la même explication (suppression de l'action des testicules) aux deux phénomènes inverses : atrophie et hypertrophie.

Il est certain qu'il existe des relations anatomo-physiologiques, fonctionnelles entre la prostate et les testicules. Mais leur mécanisme, leur nature, sont encore dans l'obscurité : d'où le manque de précision ou de logique des théories bâties sur ces relations.

3° *Théorie néoplasique*. — Le rôle important joué par la prolifération du tissu glandulaire est nettement démontré par *Motz*, qui, examinant au point de vue histologique trente prostates hypertrophiées, a trouvé que :

Dans 15 cas, il occupe au moins les 2/3 de la coupe ; dans 10, au moins le 1/3 ; dans un cas seulement, il manque complètement.

L'auteur conclut de plus de ses examens que :

« Si, la plupart du temps, le tissu glandulaire offre une disposition lobulée, presque toujours la prostate contient une proportion au moins égale de tissu glandulaire disséminé.

» Dans la formation des lobules sphéroïdes, même lorsqu'ils sont devenus purement fibreux, on trouve comme processus primitif l'hypertrophie glandulaire.

» Dans les formations lobulées, l'épithélium est proliférant.

» On ne voit jamais de lobules purement fibreux. »

Pour *Mansell-Moullin*, « l'hypertrophie est une tumeur fibro-adénomateuse. »

Albarran et *Hallé*, sur 100 prostates hypertrophiées, ont trouvé :

Hypertrophies glandulaires pures.....	32 cas
Hypertrophies mixtes.....	51
Hypertrophies fibreuses pures..... .	3

Cette statistique confirme bien celle de Motz, quant au rôle du tissu glandulaire.

« Enfin, 14 % des prostates hypertrophiées, classées cliniquement hypertrophies, présentaient histologiquement des lésions épithéliales néoplasiques manifestes pouvant se ramener à deux types :

a) Adénome très proliférant, épithélioma adénoïde, circonscrit ou diffus.

b) Infiltration épithéliale du stroma, discrète ou confluente, îlots de cancer alvéolaire. »

L'ensemble de ces considérations anatomo-cliniques, les données fournies par l'anatomie générale qui montre, dans beaucoup d'organes (foie, mamelle surtout), la dégénérescence maligne de tumeurs primitivement bénignes, ont conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

« L'hypertrophie de la prostate est une lésion essentiellement glandulaire; elle est due à la prolifération des glandules prostatiques sous la forme adénomateuse, que cette prolifération soit de nature vraiment néoplasique et de cause

inconnue, ou qu'elle soit le résultat d'une irritation inflammatoire chronique. Dans un bon nombre de cas, les lésions du stroma s'ajoutent secondairement aux lésions glandulaires primitives et peuvent même devenir prédominantes.

» Ainsi se trouvent constituées les trois formes anatomiques de l'hypertrophie prostatique : Glandulaire pure, mixte, fibreuse pure.

» Le plus souvent, la prostate garde, jusqu'à la mort, cette structure de néoplasie bénigne ; adénome, adéno-fibrome et fibrome atrophique.

» Dans un certain nombre de cas, ces lésions peuvent se transformer en néoplasie épithéliale maligne. Cette évolution vers la malignité est sensible et lente tout d'abord. A l'adénome simple ou kystique s'ajoutent les noyaux d'épithélioma adénoïde circonscrit ou diffus, l'infiltration épithéliale du stroma, îlots circonscrits du cancer alvéolaire intra-capsulaire, sans que l'organe ait perdu les caractères extérieurs de l'hypertrophie sénile bénigne. »

La théorie néoplasique n'est pas du tout en contradiction, du reste, avec la théorie inflammatoire. On sait le rôle important joué par la phlegmasie chronique dans la genèse des tumeurs.

« La néoplasie d'origine inflammatoire est dans la prostate l'analogue des mastites proliférantes, des adéno-myomes de l'utérus, des cirrhoses avec adénome du foie, des adénomes du rein, des néphrites chroniques. Dans tous ces organes glandulaires, l'adénome peut évoluer comme dans la prostate vers l'épithélioma ; dans tous aussi le stroma peut prendre par son développement une grande part au processus morbide. »

Avant Albarran et Hallé, qui ont basé leurs idées sur des faits anatomiques bien précis, d'autres auteurs avaient vu cliniquement la parenté de l'hypertrophie et du cancer pros-

tatique (Thompson, Jolly, Voillemier, Jullien, Labadie entr'autres, parmi les plus récents).

Jullien disait en 1876, dans sa thèse: «Rien n'empêche que chez les vieillards la prostatose pelvienne diffuse ne s'établisse insidieusement sur un sujet déjà prostatique. »

Labadie (Th. Lyon, 1896) admet qu'il n'existe pas de division bien tranchée entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

De tous les faits, de toutes les idées que nous avons rapportés, nous pouvons dès maintenant retenir les propositions suivantes :

Les lésions observées dans l'hypertrophie prostatique n'ont rien à voir avec l'artério-sclérose.

L'hypertrophie prostatique, qu'elle soit d'origine inflammatoire ou d'origine néoplasique, est une tumeur bénigne de nature glandulaire qui se présente sous forme d'adénome — pouvant parfois subir la dégénérescence maligne épithéliomateuse — d'adéno-fibrome plus communément et de fibrome atrophique.

2° Mécanisme de la rétention d'urine

A. Rétention aigue

« Les prostatiques sont des congestifs », a dit *Guyon*, et *la congestion* brusque vésico-prostatique qui peut s'établir de multiples façons, est, pour l'école de Necker, la seule cause de rétention aiguë. La stagnation ou l'afflux du sang dans le réseau vasculaire si riche de la prostate, tuméfiant la glande, tuméfiant aussi la muqueuse de l'urèthre intra-glandulaire, rétrécit brusquement le calibre du canal : d'où rétention absolue et souvent cathétérisme impossible.

Pour si prompte que soit la congestion, surtout si on admet dans certains cas la congestion active, il lui faut encore, pense *Rochet*, un certain laps de temps pour que ses effets sur la miction ou le cathétérisme se produisent : la brusque apparition ou disparition, dans certains cas, de ces prétendus effets de la congestion et les renseignements fournis par le cathétérisme doivent faire admettre, d'après lui, que le « *spasme de l'urèthre prostatique joue un rôle dans cet arrêt, dans cet obstacle au cathétérisme.* »

M. *Tédenat* insiste sur le rôle qu'une uréthrite postérieure aiguë, légère même, a dans la genèse de la rétention aiguë. Il a vu souvent la pollakiurie et la rétention céder à quelques instillations de nitrate d'argent ou de protargol. Cette uréthrite postérieure détermine un *spasme membraneux* et met le muscle vésical en état d'inhibition contractile.

M. Guyon n'admet pas le spasme prostatique : le siège exclusif du spasme uréthral est dans la région membraneuse.

Quoi qu'il en soit, la congestion étant la principale, sinon l'unique cause de distension vésicale, est elle-même appelée et aggravée par la distension : c'est un cercle vicieux.

C'est ce qui nous explique les résultats précoces et souvent inespérés obtenus par les méthodes qui, vidant la vessie ou dérivant le cours des urines, la mettent au repos et la décongestionnent, par les opérations testiculaires qui agissent encore sur la congestion en vertu des relations anatomo-physiologiques de la prostate et des testicules. La prostatectomie a été faite par Jaboulay dans ces cas de rétention aiguë. Nous discuterons plus loin, au chapitre des Indications, sa valeur à ce point de vue.

B. — Rétention chronique

« Dans l'hypertrophie de la prostate, c'est la rétention chronique qui domine, dit Albarran, toute la série des phénomènes morbides qui aboutissent à la cachexie. » Son mécanisme est plus complexe. Nous avons à tenir compte des deux facteurs : obstacle prostatique ; insuffisance vésicale.

1° Obstacle prostatique. — Sa nature histologique nous est connue.

Macroscopiquement, « le volume de la glande n'est pas toujours en rapport avec la rétention, et surtout, il n'y a aucune relation entre le degré de celle-ci et la masse de la prostate On voit de très grosses prostates soulever en masse toute la vessie, à laquelle, suivant l'expression du professeur Guyon, elles semblent servir de piédestal sans que la retenue soit sensible ; c'est qu'alors l'hypertrophie atteint surtout la partie centrale ou rectale de la glande et que les dispositions normales du col n'ont pas été modifiées.

Bien au contraire, on voit souvent avec des prostates petites ou moyennes une rétention considérable s'établir d'une manière précoce : dans ces cas, les déformations ont porté sur le col ; les lobes moyens où latéraux se sont développés et ont fait saillie dans la vessie, modifiant l'urèthre et la région vésicale. » (Desnos).

La forme de l'obstacle importe donc plus que son volume ; la consistance de la glande n'est pas à négliger : dans les hypertrophies en masse, dites *constrictives* par Rochet, plus la trame sera dure, plus les signes du rétrécissement uréthral seront accentués.

Dans les hypertrophies *occlusives*, partielles, l'obstacle est une barrière permanente, qui agit brutalement, sans rémission. Cette dernière forme a donc des conséquences plus sérieuses et plus graves au point de vue mictionnel.

Nous n'insisterons pas sur les caractères anatomiques, les variétés et les types de l'hypertrophie, sur les déformations consécutives : uréthrales (allongement de la portion prostatique, changements de direction et de calibre) et vésicales (surélévation du col, formation et excavation du bas-fond). Tous ces faits sont trop bien connus et décrits.

Au point de vue des indications opératoires, les statistiques nombreuses tendant à justifier, en raison de la prédominance de telle ou telle variété, la supériorité de telle voie ou de telle méthode sont en désaccord et souvent en contradiction évidente ; aussi nous seront-elles beaucoup moins utiles que l'exploration directe qui, elle, dans chaque cas particulier nous fixera sur les caractères de l'hypertrophie et ses conséquences, par suite, nous précisera la meilleure voie à suivre pour atteindre et enlever l'obstacle.

2° Insuffisance vésicale. — Si la connaissance de l'obstacle nous dicte la méthode opératoire, il est de toute nécessité de

connaître l'état de la contractilité vésicale, qui nous renseignera sur l'opportunité de l'intervention et ses résultats probables.

L'obstacle prostatique chez les prostatiques rétentionnistes n'est qu'un facteur de la rétention : l'insuffisance vésicale joue un rôle non moins important.

Est-elle primitive, indépendante de l'hypertrophie, ou est-elle, au contraire, sa conséquence ?

Voici [1] les arguments invoqués par ceux qui considèrent l'*atonie vésicale comme primitive :*

1° *Il existe des rétentions chroniques sans prostate hypertrophiée et on en voit même chez la femme.* Sans doute le fait est réel et se rapporte à ceux qu'on a appelés « prostatiques vésicaux » improprement, qu'on ferait mieux de nommer « dysuriques ou rétentionnistes vésicaux ».

C'est sur leur étude clinique que repose en grande partie la doctrine de Guyon.

Mais les recherches de *Ciechanowski*, basées sur l'examen de la vessie d'individus âgés, exempts de prostatomégalie et de cystite, lui ont permis d'affirmer :

a) « Que les modifications de la paroi vésicale qu'il a rencontrées chez les prostatiques, « sclérose vésicale », n'ont aucun rapport avec l'artério-sclérose généralisée ni avec celle des artères des parois vésicales.

b) « Que le rapport des deux éléments composant la vessie se modifie avec *l'âge* et d'autant plus que celui-ci est plus avancé.

« Que ces modifications de la paroi peuvent apparaître aussi d'une manière précoce » et, « chez des individus jeunes mais cachectisés, atteindre un degré qui entrave le fonctionnement de la vessie et donner lieu à des troubles plus ou moins graves ».

[1] Albarran. Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet. Art. H. P.

Rochet dit de même (Traité de la Dysurie sénile) : « Il est des gens qui pendant toute leur vie, depuis leur jeune âge même (en dehors de tout accident du côté des voies urinaires), n'ont jamais uriné avec force. Leur muscle vésical est congénitalement faible, paresseux ». Chez « les impuissants mictionnels », « par le fait de l'âge la dysurie ne fait que s'accentuer bien entendu, et pour peu qu'alors le développement sénile de la glande prostatique vienne, même sans obstacle véritable, indurer les parois de l'urèthre profond, entraver simplement sa dilatabilité, voilà une véritable dysurie sénile créée. »

« L'hypertrophie prostatique peut manquer d'ailleurs et la simple atonie vésicale aggravée par l'âge et par la dégénérescence scléreuse que cet âge amène dans les fibres musculaires simplement faibles autrefois, suffit à expliquer tous les symptômes de dysurie que présentent ces malades ».

Nous voilà donc fixés sur les causes de la rétention chez les rétentionnistes vésicaux. — L'âge amène et non l'artério-sclérose, l'atrophie vésicale. Cette atrophie peut être précoce et être due à une myopathie primitive de la vessie.

Barbin, étudiant les rétentions d'urine chez la femme, a montré que l'examen du système artériel des cinq malades sur l'observation desquelles repose son étude et dont l'histoire ressemble à celle de vieux prostatiques, n'a pas permis d'établir que ces malades soient des artério-scléreuses.

La dysurie par lésion vésicale primitive (atrophie) existe donc — et nous fournit l'explication des troubles éprouvés par les « prostatiques vésicaux ».

Mais cette notion n'infirme en rien que, chez les prostatiques porteurs d'un obstacle mécanique à la miction, les lésions vésicales ne soient pas fonction de cet obstacle.

2° *L'impuissance de la vessie n'est pas en rapport avec le volume de la prostate hypertrophiée.*

Nous avons vu que c'était la forme surtout et non point le volume qui importait. La gêne à la miction est d'autant plus grande que l'hypertrophie est plus dure, et mieux localisée au niveau du col ou de l'urèthre (formes occlusives).

3° *Les examens manométriques démontrent que chez les prostatiques rétentionnistes la contractilité vésicale est affaiblie.*

Cette constatation est banale. Interprétons-la : l'évolution des lésions et des symptômes nous aideront à prouver que cet argument peut être retourné contre ceux qui l'invoquent.

« Fréquemment, dit *Tédenat*, la vessie conserve sa contractilité et le rôle important, unique même, au moins pendant les premières périodes revient à l'obstacle formé par l'hypertrophie de la prostate. J'ai pu m'en assurer par des expériences manométriques répétées, dont les premières remontent à 1885 ».

Duchastelet, puis *Genouville* constatent aussi, au début, par le manomètre, cette conservation de la contractilité malgré la présence de l'obstacle.

Dans la première période, cette contractilité ne dépasse pas la normale bien que la sensibilité à la tension s'exagère.

« Dès le début de la deuxième période, si la vessie n'est pas infectée, on constate une diminution de contractilité très marquée ; cette *diminution est d'autant plus marquée que le malade est plus avancé dans le prostatisme.* Chez les prostatiques non infectés, la sensibilité à la tension est proportionnelle à la contractilité : le parallélisme de ces deux propriétés de la vessie s'observe comme à l'état normal ».

Ces symptômes fonctionnels s'expliquent par l'état de la vessie. — Comme chez les rétrécis, elle s'hypertrophie pour mieux lutter contre l'obstacle : Mauclaire en a cité un remarquable exemple. « *Il n'est pas douteux à mon sens que la production de cette hypertrophie musculaire soit le résultat de*

la lutte que la vessie a eu à soutenir contre un obstacle ; on peut rapprocher les lésions vésicales des rétrécis de celles des prostatiques ; on y voit la même tendance à la dissociation, la même hypertrophie partielle ; chez les rétrécis, ces dispositions morbides de la vessie s'atténuent et s'effacent lorsque l'obstacle a disparu ; il peut en être de même chez les prostatiques. A la suite d'un cathétérisme habituel, on voit les contractions se régulariser, le bas-fond se vider et souvent la rétention incomplète diminuer très sensiblement. Ce phénomène s'est produit à un plus haut degré chez plusieurs malades réséqués de la prostate et la cystoscopie a montré l'atténuation des irrégularités vésicales.

» Cette hypertrophie musculaire de la vessie est, dit-on, plus apparente que réelle, car le tissu musculaire est scléreux et impropre à ses fonctions normales Cette remarque s'applique à une période plus avancée de la maladie, mais au début, alors que l'obstacle prostatique est peu marqué, la musculature de la vessie est encore puissante. *Il n'est pas douteux qu'elle perd ses propriétés normales d'autant plus rapidement que l'obstacle est plus grand ;* d'où les conclusions d'agir dans ces conditions le plus rapidement possible.» (Desnos).

« Chez deux groupes d'individus, les uns n'ayant pas d'hypertrophie prostatique, les autres ayant une hypertrophie notable, l'influence de l'âge est bien évidente, mais, dans les cas sans hypertrophie de la prostate, la diminution du tissu musculaire au profit du tissu conjonctif est moins considérable que lorsque nous sommes en présence de cette hypertrophie. » (Ciechanowski).

Il est inutile de multiplier les citations et les faits. Il nous semble bien démontré que, s'il y a chez les prostatiques diminution de la contractilité vésicale, cette dernière est fonction de l'obstacle. Les lésions hypertrophiques du début,

atrophiques par la suite, si l'on ne rend pas au canal sa perméabilité, sont bien la démonstration de la lutte de la vessie, de son surmenage, de sa défaite.

« *Chez les prostatiques infectés*, dit Genouville, la sensibilité devient pathologique. Elle est plus grande au contact et surtout à la tension ; cependant la contractilité n'est pas augmentée, la proportionnalité de l'état normal n'existe donc plus, et malgré *l'excitation de la cystite la contractilité décroît.* »

Les constatations anatomiques de la sclérose due à l'infection correspondent bien aux données physiologiques fournies par le manomètre.

» Il n'y a réellement sclérose, c'est-à-dire augmentation réelle du tissu conjonctif et non plus simplement atrophie du tissu musculaire que dans le cas de complications inflammatoires. »

En résumé, comme le dit le professeur Tédenat :

« La vessie conserve un pouvoir de contraction suffisante tant qu'elle n'a pas été forcée (par une distension exagérée, — ou secondairement dystrophiée par une inflammation intense et prolongée). »

Donc il existe deux catégories bien distinctes de rétentionnistes :

Chez les uns, rétentionnistes ou dysuriques vésicaux, l'atrophie est fonction d'une myopathie primitive vésicale, qui n'est point due à l'artério-sclérose.

Chez les autres, rétentionnistes prostatiques, l'hypertrophie de la prostate est la cause de la rétention.

L'insuffisance vésicale, tardive, est due à l'obstacle, qui amène l'atrophie, d'autant plus facilement qu'en raison de l'âge avancé des malades, leur muscle vésical a déjà des tendances à s'atrophier. L'infection, facteur de sclérose, porte les troubles dysuriques et les lésions vésicales au maximum.

3° Déductions thérapeutiques.

Nous avons établi que :

1° L'artério-sclérose généralisée n'était pas la cause des troubles urinaires chez les prostatiques.

Il est heureux que la théorie de Guyon soit inexacte : son exactitude infirmerait d'avance toute intervention ayant une prétention radicale, curative;

2° Les malades dits « prostatiques vésicaux » doivent être bien distingués des prostatiques vrais, avec lesquels ils n'ont de commun que la dysurie : celle-ci résultant d'une myopathie primitive vésicale — soit précoce, soit sénile — nous ne pouvons rien contre elle chirurgicalement ;

3° Chez les prostatiques vrais, la prostate est la cause essentielle et première des accidents qui conduisent à la cachexie en passant par la rétention et l'infection des voies urinaires.

L'anatomie pathologique et la clinique nous rendent compte des raisons qui empêchent d'espérer la terminaison spontanée des troubles dysuriques :

a). La tumeur bénigne peut évoluer vers la malignité.

b). L'obstacle prostatique altérant la perméabilité des voies d'excrétion, le surmenage, l'affaiblissement progressif, l'atrophie de la vessie sous l'influence de la lutte qu'elle soutient pour ouvrir un passage à l'urine à travers l'orifice urétro-vésical, l'habitude de la congestion simple facilitant la congestion durable puis l'inflammation, nous font prévoir non seulement qu'on ne peut guère compter sur une guérison spontanée, mais qu'on doit intervenir chirurgicalement et immédiatement chez les prostatiques.

Plus l'opération sera complète, moins la récidive sera à

redouter : la prostatectomie totale nous mettra en outre à l'abri des dégénérescences malignes.

Plus l'opération sera précoce, plus elle sera bénigne, plus elle sera efficace.

L'âge avancé et les complications infectieuses qui augmentent la gravité opératoire sont des facteurs de lésions vésicales, qu'il ne faut pas négliger.

En opérant de bonne heure, ces lésions, si elles existent, ne progresseront plus et permettront ainsi à la vessie de recouvrer, au moins en partie, sa contractilité — si elles n'existent pas, on sera dans les meilleures conditions pour compter sur le rétablissement de la miction spontanée et volontaire et, par suite, sur la guérison radicale.

A priori, la prostatectomie totale précoce est l'opération idéale : elle est absolument rationnelle.

L'étude des procédés opératoires et de leurs résultats, l'insuffisance des autres méthodes, nous permettront de contrôler cette assertion, de préciser le choix et le moment de l'intervention.

DEUXIÈME PARTIE

PROSTATECTOMIE

La prostatectomie, c'est l'excision, l'ablation du tissu prostatique « qui encombre ou rétrécit l'urèthre et l'orifice uréthro-vésical ». Elle est partielle dans ce cas.

L'extirpation de la glande tout entière constitue la prostatectomie totale.

« L'idée de faire disparaître un obstacle au col de la vessie est ancienne, et devait venir la première à l'idée des chirurgiens qui, tout d'abord, ont vu dans la tumeur prostatique le facteur unique de la rétention. Bien qu'on trouve des indications vagues sur ce sujet dans les anciens auteurs, c'est Guthrie qui, le premier, proposa l'excision des lobes prostatiques. Après lui, Mercier, Maisonneuve, Civiale et bien d'autres proposèrent instruments et procédés dont aucun ne mérita de retenir l'attention des chirurgiens, tant étaient fréquents les accidents opératoires et si précaires les résultats.

Ce n'est que du jour où les progrès de l'antisepsie ont permis d'aborder la vessie avec sécurité par voie artificielle, qu'on pouvait mettre à exécution un plan opératoire bien réglé. » (Desnos).

Nous nous bornerons à l'étude des procédés opératoires actuels, de ceux dont la technique est précise et qui, loin d'être aveugles et dangereux, ont rendu l'intervention plus facile et bienfaisante.

Trois voies permettent l'accès et l'ablation de la prostate : l'hypogastre, le périnée et la combinaison de ces deux voies.

A propos de chaque voie, nous décrirons successivement la technique opératoire, les différentes variétés d'interventions, leurs avantages et inconvénients, et arriverons de la sorte à faire un choix judicieux, nous semble-t-il, et à établir les principales indications.

I. — Prostatectomie sus-pubienne.

C'est l'opération sur laquelle on a acquis la plus grande expérience : qu'elle ait été faite, en effet, soit *de propos délibéré*, soit *par occasion* en quelque sorte, comme complément de la taille, après constatation de saillies prostatiques intravésicales, de nombreuses et riches statistiques ont été publiées récemment.

En 1827, au cours d'une taille pour calcul, Amussat fit la première prostatectomie sus pubienne en excisant avec des ciseaux courbes une petite saillie prostatique.

Voilà, résumée en quelques mots, l'opération. Qu'il nous suffise de dire qu'à cette époque-ci, elle fut pratiquée à nouveau par Dittel (1888), Trendelenburg, Beno-Schmidt, Belfield ; la publication des trois cas de Mac Gill, qui précisa davantage la méthode, la défaveur dans laquelle tombait surtout à l'étranger la doctrine de Guyon, qui condamnait *à priori* toute tentative opératoire, ne contribuèrent pas peu à généraliser la prostatectomie sus-pubienne.

Vers 1890, Vignard rassemble dans sa thèse 12 cas, Belfield en publie 133 cas, Mauselle Moullin 94. Elle passe dans la pratique courante, et en France, Desnos, Pousson s'en font les ardents défenseurs. Elle fut un moment délaissée pour les opérations testiculaires, qui ne tardèrent pas, devant l'incertitude et l'inconstance de leurs résultats, à être abandonnées.

Elle a été faite dès 1890 par notre maître, le professeur Tédenat : après avoir décrit l'opération typique et rapidement analysé la conduite des chirurgiens, nous décrirons le manuel opératoire qu'il préconise.

Opération Typique.

On pratique la taille hypogastrique.

On explore la vessie de façon à se rendre un compte exact du siège et de la forme de l'obstacle, de la saillie prostatique qui gêne la miction.

On excise, ou on énuclée par l'ouverture vésicale les saillies intravésicales.

L'opération se compose, en somme, de trois temps principaux :

1° Taille sus-pubienne ;

2° Ablation de l'obstacle (prostatectomie) ;

3° Reconstitution et drainage s'il y a lieu.

Conduite des Chirurgiens.

1° Taille. — Le succès de l'opération tenant surtout à l'ablation aussi complète que possible, quelques auteurs ont délaissé l'incision ordinaire verticale de la taille, comme donnant un champ opératoire insuffisant.

Trendelenburg a fait la *taille transversale*, qui donne plus de jour, mais expose à l'éventration ou tout au moins à la faiblesse des parois abdominales.

D'autres ont proposé ou fait la *symphyséotomie*.

Heidenreich [1] et Braum [2] *ont réséqué le pubis*, méthode déjà préconisée par Albarran dans le traitement opératoire des tumeurs vésicales.

Rochet fait la *résection de la partie inférieure seulement de la muraille pubienne*, y compris l'origine des branches descendantes, en laissant intacte la partie supérieure du pubis. Incision en χ.

[1] Heindenreich, *Semaine Médicale*, Paris, 1891, avril.

[2] Braum, *Deutsch med. Zeit.*, Berlin, 1891, avril.

Mais toutes ces opérations préliminaires compliquent et aggravent l'intervention ; si elles donnent du jour et de la place, elles amènent, comme le leur reproche avec raison Desnos, des délabrements considérables, quelquefois irréparables et portent atteinte à la solidité du bassin.

Aussi Desnos leur a-t-il substitué la *désinsertion des muscles droits*, sur une longueur de 1 cent. 1/2 à partir du bord supérieur de la symphyse ; « les muscles s'écartent d'eux-mêmes, et toute la face supérieure de la vessie paraît à découvert». «L'opération terminée, la réparation se fait de la manière la plus simple, il suffit de rapprocher les deux masses fibro-périostiques désinsérées à l'aide d'un fil de soie ou d'un gros catgut : deux points suffisent, la masse musculaire est suturée comme d'habitude. L'accolement se produit toujours, et dans aucun cas la guérison ne m'a paru retardée.»

Cette manœuvre, simple, bénigne, donnant un champ opératoire suffisant, est donc supérieure aux précédentes.

2° Ablation de l'obstacle prostatique.— «Son mode variera selon la disposition des parties hypertrophiées. Il faut, en général, conserver la muqueuse, décortiquer, énucléer, arracher le tissu glandulaire »- (Tédenat).

a) *Lobe moyen. — Dans les cas de tumeur pédiculée*, Mac Gill, Attkinson, Mayo, Robson, l'excisent d'un coup de ciseaux, Kümmel, Schmidt, Guyon, la détruisent au thermo ou galvano-cautère. D'autres emploient le serre-nœuds, (Dittel, Follin, Ottis) ou l'écraseur (Watson, Chismore); Mac Gill, Brown, enlèvent les saillies par torsion, morcellement.

Dans le cas de tumeur sessile. — Les uns la détruisent encore au thermo-cautère (Kümmel, Schmidt, Guyon); d'autres, la plupart, après incision et dissection de la muqueuse,

essayent d'énucléer le tissu prostatique s'il affecte la forme de nodules encapsulés : Cette méthode a fait naître l'espoir « de pouvoir faire ainsi une énucléation intraglandulaire systématique » ; elle permet d'éviter l'hémorrhagie ; mais elle est souvent impossible, et a l'inconvénient de créer des brèches, des poches qui favorisent la stagnation de l'urine. On se borne alors à détruire l'obstacle, à l'arracher : tous les instruments ont été employés, les ciseaux (Füller a usé de ciseaux à longs manches et à tranchants dentelés), la rugine (Keyes), les pinces coupantes (Mayo Robson).

Beaucoup d'auteurs ont fait des excisions cunéiformes au bistouri. (Trendelenburg, Helferich, Kümmel, etc.) Tuffier, par exemple, après l'excision cunéiforme classique longitudinale, suture en fente transversale la plaie prostatique, réunissant la lèvre antérieure ou uréthrale de la plaie, à la postérieure ou vésicale ; de cette façon il donne au canal le maximum de largeur et empêche la formation cicatricielle d'une barre.

b) *Lobes latéraux*. — Incision de la muqueuse d'avant en arrière sur toute l'étendue de chaque lobe saillant et énucléation ou morcellement — ou encore excisions cunéiformes.

Quant à l'hémorragie : les partisans du thermo-cautère font valoir qu'elle est absente, grâce à leur méthode.

Tuffier et Albaran admettent qu'elle est rare lorsqu'on fait la suture des deux lèvres de la plaie, « en enfonçant assez l'aiguille ».

Du reste, elle est facilement arrêtée en général soit par le tamponnement, et mieux les lavages au moyen d'une solution chaude d'antipyrine à 5%, comme le préconise le professeur Tédenat.

Il est bien difficile de formuler une ligne de conduite précise, relativement à ce temps de l'opération (ablation

prostatique). « On fait comme on peut ». L'essentiel est de libérer complètement l'orifice uréthro-vésical et d'anni-hiler le bas-fond vésical.

3° Reconstitution.— Sur la question de la *suture ou du drainage* par l'hypogastre, on est d'accord.

Si l'hémostase a été bien assurée, s'il n'y a pas infection, on peut parfaitement suturer la vessie; et on a rapporté de nombreux cas de réunion par première intention (Prédal): le drainage effectué par la sonde à demeure permettra l'étanchéité de la plaie vésicale et facilitera le travail de la vessie.

Mais si l'urine est infectée, si la vessie est douloureuse ou trop mince, si l'hémostase n'est pas certaine, la suture est absolument à rejeter : on drainera avec les tubes de Guyon-Périer.

Leur fonctionnement n'est pas toujours parfait : lorsque on a enlevé notamment des masses saillantes sessiles, par énucléation, les dépressions, espaces morts qui en résultent, favorisent la stagnation de l'urine, d'autant plus dangereuse que la muqueuse vésicale n'est plus intacte Les tubes hypogastriques assurent rarement la vacuité des clapiers qui forment un bas-fond nouveau. Il vaut mieux alors, comme l'ont conseillé plusieurs auteurs, drainer la vessie par le périnée : Belfield, Füller....

Manuel Opératoire du professeur Tédenat.

« On commence par pratiquer la taille hypogastrique. La région sus-pubienne est rasée, lavée au savon, à l'alcool étendu d'eau bouillie, à l'éther et recouverte d'un pansement antiseptique humide jusqu'au lendemain, jour de l'opération. A ce moment, la toilette antiseptique est faite pour la seconde fois.

» La vessie est évacuée et irriguée avec une solution antiseptique tiède et point irritante. Aux solutions de sublimé, à 1/20000, d'acide boro-salicylique, je préfère une solution de nitrate d'argent à 1/1500 et mieux de protargol à 1/1000.

» Il faut distendre légèrement la vessie pour qu'elle soit d'accès plus facile, mais avec prudence à cause de l'intolérance fréquente et de la rupture possible. En général, je commence par introduire le ballon de Petersen, où j'injecte de 150 à 180 grammes d'eau tiède. Il a moins pour but de soulever la vessie que de fournir un point d'appui à la prostate et rendre ainsi plus aisées les manœuvres qui vont s'y passer. N'oublions pas que la distension exagérée du ballon rectal peut provoquer des syncopes dangereuses et des ruptures de l'intestin.

» Quand l'incision médiane de la paroi abdominale est terminée, et alors seulement, j'injecte dans la vessie avec douceur la quantité de liquide nécessaire pour que l'organe se présente en arrière et un peu au-dessus du pubis, où le doigt le sent se distendre.

» Le malade est mis dans la position de Trendelenburg qui rend plus commode et plus sûr le relèvement du cul-de-sac péritonéal. Elle a un autre avantage : tandis que dans le décubitus horizontal l'intestin refoule en bas vers la cavité vésicale la paroi postérieure de la vessie, qui fait une obstruction gênante, le contraire arrive dans la position élevée du bassin.

» La paroi antérieure de la vessie est incisée haut sur la ligne médiane entre deux veines ; un ou deux points de suture réunissent de chaque côté les lèvres de l'incision avec les bords de l'ouverture faite à la paroi abdominale. On évite ainsi l'emploi d'écarteurs qui occupent un aide et obstruent le champ opératoire. Une large valve de Sims

appliquée à l'angle supérieur de la plaie agrandira l'espace utile.

» La cavité vésicale est bien exposée ; on enlève les calculs phosphatiques ou autres, s'il y en a ; avec des tampons montés sur des pinces, on nettoie le bas fond. On se rend compte de la forme, du siège, de la consistance de la prostate. L'excision va commencer. Son mode variera selon la disposition des parties à enlever. Il faut, en règle générale, décortiquer, énucléer, arracher le tissu glandulaire. Pour cela, on saisit la muqueuse avec des pinces dentées de Kocher, avec des pinces tire-balles ; une incision de longueur convenable est pratiquée entre les pinces qui soutiennent la muqueuse, pendant qu'on la sépare de la masse glandulaire avec les doigts, avec une spatule, les ciseaux. Mac Gill insiste sur l'énucléation, l'arrachement par torsion ; ainsi l'hémorragie est diminuée et la besogne marche assez bien quand il s'agit de nodules encapsulés. Il n'en est plus de même dans les formes fibreuses diffuses, pour lesquelles la section par menus morceaux avec les ciseaux, les pinces-gouges, est nécessaire. Toutes les manœuvres sont, en général, irrégulièrement combinées, on fait comme on peut.

» Il faut fouiller au loin, en arrière et au-dessous de l'urèthre, mais il arrive que la portion sous-uréthrale échappe aux doigts et aux instruments. Si elle est volumineuse, Trendelenburg, Kümmel conseillent de faire dans la paroi postérieure de l'urèthre une incision profonde, ou une excision cunéiforme soit avec les ciseaux, soit avec le thermo-cautère Mieux vaut pratiquer, comme Belfield, une boutonnière périnéale, par laquelle un aide refoulant le col vésical avec ses doigts introduits dans la vessie, les lobes prostatiques sous-uréthraux seront arrachés soit par en haut, soit par en bas.

(Nous retrouverons cette manœuvre dans la prostatectomie combinée).

» Quand les deux lobes latéraux sont hypertrophiés, il faut faire à la muqueuse deux incisions latérales qui se joignent en arrière. Il ne faut pas craindre, après décollement de la muqueuse, de faire une large excision cunéiforme avec les ciseaux, dont une branche est dans l'urèthre, l'autre dans la vessie du côté rectal. J'ai agi ainsi dans un cas, et Gilbert Barling a opéré de même avec plein succès chez un malade qu'une opération antérieure analogue, mais trop parcimonieuse, n'avait aucunement soulagé.

» Il est en effet nécessaire de supprimer toute saillie intra-vésicale, toute obstruction déformant l'urèthre prostatique. L'opération terminée, le bas-fond vésical doit être de niveau, de plain-pied avec l'urèthre.

» Quand un lobe fait une forte saillie supportée par un pédicule, on l'excise par deux coups de ciseaux obliquant profondément, à la racine du pédicule, qui est arraché ; puis on suture au catgut les lèvres de l'incision.

» L'hémorragie est ordinairement peu abondante, quand on procède par énucléation, à moins que la prostate soit enflammée ou congestionnée. Dans quelques cas, le suintement sanguin est tenace. Une solution chaude d'antipyrine à 5 °/₀ la réprimera. Mieux vaut, quand cela est possible, appliquer quelques points de suture au catgut, quelques ligatures; dans un cas j'ai laissé une pince à demeure. Pour l'hémostase, le thermo-cautère et aussi le tamponnement à la gaze iodoformée ou salolée.

» Desnos s'en est servi, et je l'ai employé en tassant la gaze autour des tubes de Périer. Mac Gill et Mansell Moullin imprègnent la gaze d'une solution d'hamamelis ou de matico. Une solution d'antipyrine à 5 °/₀ est à la fois anesthésiante et hémostatique. Si l'hémorragie se fait à la

surface de la traversée prostatique, Keyes taille sur six épaisseurs un carré de gaze de dix centimètres de côté, passe au milieu sur chaque face, une anse de fil de soie résistant. Une anse traverse l'urèthre et applique fortement le tampon dans la portion prostatique, l'autre sort par la plaie abdominale et servira à le retirer au bout de deux jours.

Il est nécessaire de drainer par l'hypogastre pour mettre la vessie au repos et combattre la cystite par des applications appropriées. Toujours, il est utile de dilater au maximum la portion profonde de l'urèthre. Rien de plus facile quand on a pratiqué une boutonnière périnéale. Dans le cas contraire, on introduit par en haut une grande pince courbe, ou mieux un dilatateur d'Oberlænder, dont l'action dilatatrice est plus mesurée et plus sûre. »

Résultats thérapeutiques

Les statistiques les plus contradictoires existent sur le compte de cette intervention et ceci s'explique. Elle est, en effet, innocente ou très grave ; elle peut presque tout ou presque rien.

Elle est innocente et très efficace si on a la chance de tomber sur une véritable luette, sur un lobe pédiculé formant soupape ; elle est très grave et ne peut pas grand chose si on arrive sur une prostate massivement hypertrophiée et uniformément constrictive, dont il faut extraire de gros morceaux. » Rochet.

L'effrayante mortalité qu'on avait au début est bien moindre aujourd'hui ; les opérations sont mieux réglées, les indications se précisent, et au lieu de 25 °/₀, 20 °/₀ de mortalité, on obtient (Desnos) 10 °/₀.

Mansell Moullin, sur 94 cas, a eu 20 °/₀ de morts ; mais

la plupart de ses malades infectés avaient été opérés tardivement. Il conseille, dans les cas anciens, de faire l'opération en deux séances : cystostomie qui permettra la désinfection de la vessie et la décongestion prostatique ; prostatectomie ultérieure.

Il n'a jamais vu l'obstruction se reproduire après une ablation suffisante. Beaucoup de malades ont retiré de l'opération un bénéfice considérable, puisqu'ils ont pu se passer plusieurs années de la sonde. Chez les autres, le cathétérisme a été plus facile et moins fréquent.

Belfied a eu une mortalité de 13 °/₀. Il a opéré plus de 150 malades, dont les 3/4 ont recouvré la miction volontaire.

Mayo Robson, au Congrès de Rome, en 1896, a communiqué 12 cas (une seule mort par suppuration périvésicale).

Les autres ont été guéris et ne se sont plus sondés. En 1897, chez un homme de 61 ans, cachectisé, il excise le lobe moyen volumineux : dix mois plus tard, le malade urinait bien et se portait encore mieux.

Bryson a publié une statistique de 27 cas, dont les premiers remontent à une époque où l'opération était encore dans l'enfance et sa technique mal réglée ; âge des malades, 50 à 78 ans La mortalité a été d'un peu plus de 25 °/₀ ; mais, si l'on considère que l'un est mort d'hémorragie par sarcome de la prostate, que deux autres ont succombé à une affection rénale, elle tombe à 16,6 °/₀, soit 4 décès sur 24 cas.

Chez 13, la guérison a été complète.

Deux fois l'état est resté presque stationnaire ; pas d'amélioration notable.

La statistique de *Watson*, qui a expérimenté les diverses méthodes, lui a donné :

Dans 109 cas de prostatectomie sus-pubienne ou combinée une mortalité de 20 °/₀.

En revanche, les résultats au point de vue du rétablissement des fonctions de la vessie ont été bons : 80 °/₀.

Füller, qui énuclée la prostate par la voie hypogastrique et draine par le périnée, a publié, en 1898, une statistique de 17 cas avec une mortalité de 19 °/₀. Il conclut que sa méthode est plus rapide et expose moins au shok et à l'hémorragie.

Pousson résume ainsi les résultats que lui a donnés la prostatectomie sus-pubienne : sur 14 cas, il a eu 3 morts opératoires attribuables à l'âge, à l'affaiblissement des sujets et aux altérations antérieures de l'appareil urinaire.

Voici ses conclusions :

« Quatre seulement de mes malades ayant survécu à l'opération (1/3 environ) ont recouvré le pouvoir de vider complètement leur vessie ; chez un autre, ce résultat a été temporaire ; et chez un sixième il a été partiel. Les résultats heureux ont été obtenus chez des sujets relativement jeunes, dont les troubles dysuriques n'étaient pas très anciens et chez lesquels la vessie n'était pas trop altérée par l'infection.

Chez tous les autres, mon intervention n'a eu d'autre effet que de faire disparaître les phénomènes de cystite aiguë, de rendre les urines moins purulentes et d'enrayer l'infection de l'appareil urinaire, en mettant la vessie à sec, et de modifier par des lavages antiseptiques la totalité de sa muqueuse.

Pour cela, la prostatectomie ne mérite-t-elle pas de prendre droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale ? »

Desnos, au Congrès international de 1900, a donné le relevé des prostatectomies partielles qu'il a pratiquées. Elles s'élèvent à 31, et se répartissent ainsi :

Améliorations ou guérisons.....	21
Aggravations ou dégénérescences.....	4
Morts.....	3
Résultats mal connus ou états stationnaires..	3

Soit une mortalité de 10 °/₀.

Au point de vue des résultats, il faut mettre en première ligne la diminution ou la suppression de la douleur, dont plusieurs observations montrent des exemples des plus frappants. Dans tous les cas où l'opération a été faite pour un cathétérisme difficile, la sonde a passé facilement après la prostatectomie ; la douleur et l'hématurie provoquées par le cathétérisme disparaissent très vite.

M. Tédenat a pratiqué dans 4 cas la prostatectomie sus-pubienne « toujours comme tardive et dernière ressource chez des malades gravement infectés : 3 guérisons opératoires ; le qnatrième est mort au quatrième jour, sans que l'intervention soit pour beaucoup dans cet accident ».

Analyse des observations. — Examinons de plus près les *résultats fonctionnels* tardifs obtenus par l'intervention :

Dans la première observation, à côté de l'hypertrophie prostatique, sept ou huit calculs phosphatiques pouvaient être incriminés comme causes de la douleur et de la dysurie : la part qui revenait à chacun de ces facteurs était difficile à apprécier. M. Tédenat croit « au rôle prépondérant sinon exclusif de l'hypertrophie de la prostate », car « les calculs, du volume d'un pois ou d'une menue noisette, étaient tenus loin du col par la tumeur prostatique et l'amélioration a été rapide et non progressive comme cela arrive dans les dysuries calculeuses ».

Ces troubles urinaires remontaient à trois ans environ, la cystite était intense, s'accompagnait d'horribles souffrances ; la pollakiurie ne l'était pas moins : miction difficile et douloureuse toutes les dix minutes.

L'opération a fort amélioré tous les accidents : elle a permis d'enlever les calculs ; d'exciser le lobe saillant ; guéri la cystite ; rétabli en grande partie la miction spontanée ;

facilité le sondage et diminué de beaucoup sa fréquente nécessité.

Par suite, la santé, fort altérée et compromise, s'est fort bien relevée : six mois après l'opération, le malade se félicitait du résultat, neuf mois après « l'appétit était excellent » et la fonction urinaire satisfaisante : miction toutes les 4 heures, cathétérisme de loin en loin.

Quant à la fistulette qui se rouvrit, quinze jours après la cicatrisation complète, c'est la grosse hernie dont le malade était porteur qui paraît avoir déterminé sa reproduction.

S'il n'y a pas eu guérison, l'amélioration a été évidente et très grande. Ce résultat eût évidemment été meilleur, si la cystite avait été absente ; en provoquant la sclérose, elle empêche, en effet, la vessie de recouvrer sa contractilité première.

Au *point de vue opératoire,* la forme de l'obstacle se prêtait à une facile excision : la tumeur due à l'hypertrophie du lobe médian, affectait la forme d'une poire s'attachant à la lèvre postérieure du col.

Le résultat obtenu chez notre second malade est absolument comparable au précédent : la dysurie remontait à plus longtemps (15 ans), elle s'est accentuée pendant les quatre dernières années ; enfin la cystite est apparue, et la cachexie est imminente.

L'amélioration est plus précoce pourtant : un mois après l'opération, sans aucune complication, le malade arrive à n'uriner que 3 ou 4 fois par jour, la pollakiurie s'amende : 2 mictions la nuit. La cystite disparaît.

Le cathétérisme difficile devient facile, et est pratiqué journellement (le soir seulement).

Le résultat acquis se maintient jusqu'à la mort du malade.

Au *point de vue opératoire :* excision du lobe médian sessile et d'une partie du lobe gauche faisant une saillie intra-vésicale.

Chez le troisième opéré, la dysurie remontait à trois ans. La contractilité vésicale était fort atteinte puisqu'il ne pissait que par petits jets, péniblement, et une dizaine de fois par jour. Il était, malgré ce, obligé de se sonder 5 fois par jour.

Un mois après la cicatrisation était complète, la santé assez bonne. La fonction urinaire était devenue satisfaisante : réapparition de la miction volontaire, spontanée, toutes les 5 heures seulement.

C'est presque une guérison, puisque le malade, au point de vue du traitement consécutif, n'est plus astreint que tous les cinq jours à se passer une sonde.

Au *point de vue opératoire*: l'hémorragie due à l'excision des deux lobes latéraux a été assez abondante pour exiger le tamponnement ; un suintement sanguin tenace a persisté trois jours.

En résumé, le résultat a été bon, puisqu'il a rendu non seulement la vie possible, mais la santé bonne chez ces malades. Si le résultat s'est un peu fait attendre chez le premier, si chez tous il n'a pas été parfait, c'est que les troubles urinaires anciens et la cystite avaient déjà fait subir à la vessie des altérations trop profondes pour qu'elle pût recouvrer sa contractilité première.

A priori, on ne pouvait mieux espérer.

A côté de ces observations qui nous montrent les résultats de l'opération tardive, nous citons une observation récente de Desnos qui démontre l'efficacité de la prostatectomie sus-pubienne précoce. Nous la reproduisons *in extenso*: elle contient, en effet, la description du Manuel opératoire, qui a donné à l'auteur de si bons résultats (Th. de Prédal).

Elle est intéressante à plusieurs titres :

1° Elle nous confirme dans la *nécessité de faire une exploration complète* (Cystoscopie, examen manométrique).

Le cystoscope a précisé les résultats obtenus par le cathétérisme au point de la vue, de la forme et du siège de l'obstacle prostatique. On soupçonnait ce dernier aux difficultés que rencontrait le cathétérisme après la traversée membraneuse ; « Le fait qu'une sonde à béquille ou bicoudée pouvait seule franchir le col indiquait également que le développement de la prostate se faisait surtout aux dépens de la lèvre inférieure du col. »

Le cystoscope a permis de voir « une tumeur nettement pédiculée qui représentait une véritable luette ; cependant des ailerons latéraux la réunissaient aux lobes latéraux à peine développés ; c'était la meilleure disposition pour la résection, car il était manifeste que cette tumeur pédiculée et plus ou moins mobile faisait clapet et venait, à un moment de la miction, oblitérer l'orifice vésical et jouer un rôle important dans la rétention d'urine. »

Il a montré en outre « que les parois vésicales, inégales et contractées, présentaient des lésions de cystite intense. » Trois petits calculs siégeant derrière la prostate passèrent inaperçus, et furent vus et enlevés par l'opération.

Le cystoscope permet donc de préciser les altérations macroscopiques de la prostate et de la vessie.

L'examen manométrique, qui permet d'apprécier l'état de la contractilité vésicale, n'a pas été fait ; l'auteur s'est contenté des résultats du sondage :

« L'urine contenue dans la vessie et expulsée au moyen d'une sonde était propulsée avec force, non seulement au début de la miction, mais l'issue de l'urine résiduelle était soumise à la même pression. Loin de tomber en bavant à l'orifice de la sonde, comme cela a lieu ordinairement, elle formait un jet d'une certaine énergie. »

Ceci suffisait pour conclure à l'intégrité du tonus vésical.

2° *Les résultats*, analogues aux précédents, furent excellents.

Avant l'intervention, les mictions ne se font qu'au prix d'efforts violents, et amènent l'issue d'une urine très trouble, contenant de longs filaments glaireux et abandonnant au fond du vase un dépôt verdâtre et gluant. Elles sont très fréquentes et très douloureuses.

La rétention était de 140 grammes environ — et le cathétérisme ramenait une urine fétide purulente, du pus presque pur à la fin.

22 jours après l'opération, qui fut facile, la plaie était complètement fermée. 25 jours après, le cathétérisme, très facile, ne ramène après la miction spontanée que quelques gouttes de liquide.

Un mois après, tout est rentré dans l'ordre : tous les symptômes dysuriques, douloureux, infectieux, ont disparu : « Urines limpides, mictions normales, sans douleur; la vessie se vide complètement. » Le malade garde ses urines cinq heures le jour et ne pisse qu'une fois la nuit.

Voilà une guérison qui se passe de commentaires : elle est due aux bonnes conditions de l'intervention, à son opportunité, qui était évidente.

3° L'observation résume, en effet, les principales indications :

Obstacle limité, dont l'excision est facile, puisqu'il est presque pédiculé, « en clapet ».

Conservation de la contractilité vésicale.

La présence des calculs, de la cystite, loin d'être une contre-indication sont, à notre avis, au contraire des indications d'intervention urgente, puisque leur guérison arrête les progrès des altérations vésicales et de la dysurie.

Avantages et Inconvénients de la Voie Sus-Pubienne
Indications et Contre-Indications

Avantages : 1° L'opération est bénigne. — L'effrayante léthalité qui existait au début des interventions tient surtout aux conditions défectueuses dans lesquelles se trouvaient les malades : les prostatiques septiques porteurs de lésions rénales, âgés ou cachectisés, étaient seuls opérés ou presque seuls : le shok opératoire et l'infection les emportaient facilement. Du moment où on est intervenu de meilleure heure, les statistiques sont devenues rassurantes ; de 25-20 % elles sont tombées à 10-12 % de morts.

Pour Prédal, si l'on élimine les cas où l'âge ou les lésions rénales sont responsables des insuccès opératoires, on doit admettre seulement une mortalité de 2 %.

Un autre facteur qui n'est point négligeable est la nature de l'intervention : les larges excisions transvésicales, qui exposent à l'hémorragie, qui amènent la formation de clapiers dont le drainage hypogastrique assure mal la vacuité, exposent à l'infection, augmentent les dangers de l'intervention et la compliquent comme nous allons le voir.

2° L'opération est facile. — Certainement, mais dans les cas où l'on a affaire à un obstacle limité, surtout s'il est pédiculé. L'excision se fait alors aisément par la voie transvésicale : un coup de ciseaux suffira ; l'hémorragie, insignifiante, sera au besoin facilement arrêtée par la cautérisation.

L'ablation transvésicale des lobes latéraux est plus difficile : on voit mal ce que l'on fait, on opère comme dans un puits, si bien que l'on a cherché bien des moyens plus dangereux ou compliqués les uns que les autres pour voir mieux et agir plus librement. Elle est de plus à rejeter, en principe, à cause de ses dangers, soit opératoires, soit consécutifs.

3° L'opération est efficace.— Au point de vue des résultats fonctionnels, nous avons vu les grandes améliorations obtenues souvent par l'intervention, et dans quelques cas les véritables guérisons.

« Comme le fait justement remarquer Prédal, dans tous les cas de survie, un résultat favorable, petit ou grand, a été atteint : et au moins un des symptômes accusés a été amélioré ».

L'amélioration ou la guérison de la cystite, unie à la suppression de l'obstacle mictionnel, favorise le retour partiel ou complet de la contractilité vésicale ; le résidu diminue. Le cathétérisme devient inutile, ou tout au moins plus facile et moins fréquent.

Nos observations le prouvent.

L'opération est donc efficace. « Sans doute les facteurs de cette amélioration sont multiples et ne relèvent peut-être pas tous de la prostatectomie. On a ouvert la vessie, celle-ci est restée quelque temps fistuleuse et drainée, on a supprimé quelques calculs qui causaient de la douleur Il y a déjà de quoi améliorer un prostatique » (Legueu).

Mais il faut remarquer — nos observations en font foi — que les résultats dont nous nous félicitons sont éloignés, et lorsque l'amélioration se maintient des mois et des années, (nous croyons avec Legueu) qu'on peut, sans conteste la rattacher à la prostatectomie elle-même.

En tout cas, ils n'en restent pas moins acquis.

« Le bénéfice de l'opération dans ces circonstances est d'autant plus remarquable que ces opérés ont été opérés presque tous tardivement, en désespoir de cause ; souvent même, la prostatectomie ne fut décidée qu'au cours d'une taille tentée pour enlever un calcul ou drainer une cystite ; on opérait pour une cystite, et, trouvant une saillie prostatique accessible, le chirurgien se décidait à l'enlever

et à accorder à son malade le bénéfice imprévu d'une prostatectomie partielle ».

La prostatectomie sus-pubienne sera donc réellement facile, bénigne et efficace, lorsque l'hypertrophie sera non seulement limitée, mais pédiculée, lorsqu'il y aura de l'infection vésicale ou des calculs ; la taille préliminaire, le drainage consécutif favoriseront la guérison de la première, permettront d'enlever les autres et préviendront leur récidive.

Objections.— 1° La prostatectomie sus-pubienne est loin de répondre à tous les cas, comme le prétend Prédal, qui, à l'appui de cette opinion exclusive, cite des statistiques multiples (observations cadavériques et cliniques) tendant à prouver que : « dans la majorité des cas, l'obstacle, médian ou non, siège beaucoup plus près du col vésical que dans la portion membraneuse ». La cystoscopie lui a montré « souvent de petits obstacles causes de tout le mal, de petites barres musculaires, de petites surélevures entraînant à leur suite les premiers accidents du prostatisme chez les hommes à vessie vigoureuse ; presque toujours des saillies intravésicales entourant plus ou moins le col ».

A ces faits, et aux statistiques sur lesquels l'auteur fonde son opinion, nous pourrions répondre par d'autres statistiques absolument contradictoires.

Motz, par exemple, reprochant avec raison à la statistique de Thompson qu'elle a été faite aux musées de Londres, où, comme dans tous les musées, l'on garde seulement les pièces rares, et faisant au hasard 60 autopsies de prostatiques, ne trouve que dans un tiers des cas une hypertrophie notable du lobe moyen.

Legueu, dans son rapport au Congrès de 1900, a réuni 333 observations d'hypertrophie prostatique et n'a trouvé que dans 121 cas, soit un tiers seulement, l'hypertrophie localisée aux lobes moyens ou aux glandes cervicales.

Sur 55 malades opérés dans le service de *Poncet*, on n'a, dit Lagoutte, rencontré que 2 ou 3 fois l'hypertrophie isolée du lobe médian.

Fabre (Déformations du col vésical dans l'hypertrophie prostatique, thèse Lyon 1900) dit que, dans l'hypertrophie du lobe médian, le col est surmonté d'une véritable luette qui peut être parfois pédiculée : on ne la rencontre que dans une proportion de 4 °/₀. Il est inutile de multiplier les statistiques : elles ne prouvent pas grand chose, puisqu'elles ne concordent pas. En tout cas, ce n'est pas d'elles qu'on doit tirer une indication au point de vue de la voie à suivre, mais seulement des renseignements fournis par l'exploration, par la cystoscopie en particulier.

2° **Elle est souvent insuffisante.** — Elle expose aux récidives.

La prostatectomie sus-pubienne ne permet qu'une ablation minime et partielle, nous l'avons vu.

Par suite, elle expose aux récidives : la formation de cicatrices dures et exubérantes crée sur place un nouvel obstacle (le fait a souvent été signalé).

L'hypertrophie de la glande peut progresser, de nouvelles saillies intravésicales se former : par suite, le malade, après une amélioration transitoire, perd petit à petit le bénéfice de l'intervention et revient à son état antérieur.

Les échecs, les aggravations tiennent souvent à cela : l'insuffisance de l'intervention. « On en arrive ainsi à penser, dit Legueu, que, chez ces malades, le bénéfice aurait été beaucoup plus appréciable ou beaucoup plus durable, si l'opération avait été plus précoce et l'exérèse plus large. »

Mais, dit Prédal, avec la prostatectomie sus-pubienne, on peut souvent enlever une portion aussi grande de la masse prostatique qu'avec le procédé de Dittel. Nous verrons,

disons-le en passant, que ce dernier, ne permettant qu'une prostatectomie partielle, est passible en grande partie des mêmes objections.

Et d'abord, l'énucléation est souvent impossible, l'exérèse dangereuse à cause de l'hémorragie. En raison de la grande distance, de la profondeur à laquelle on opère, l'évidement se fait à l'aveugle ; on ne peut donc songer à enlever ainsi une grande partie de la glande. En admettant que l'on puisse réaliser une grande ablation, celle-ci laisse à sa suite une brèche ouverte que l'on ne peut combler : on a bien de la sorte enlevé l'obstacle à la miction, mais on a créé un nouveau bas-fond, dont l'infection sera d'autant plus aisée que la muqueuse sera plus meurtrie, l'urine plus septique ; dont le drainage sera impossible à réaliser par la voie hypogastrique.

La voie haute ne convient donc qu'à des obstacles très limités : tumeurs « saillantes et obstruantes » « en luette, en croupion » et surtout pédiculées.

3° Elle ne prévient pas la dégénérescence maligne.— Nous avons insisté sur la nature de l'hypertrophie prostatique ; tumeur bénigne d'origine glandulaire, elle peut évoluer vers la malignité : Prédal en a cité un exemple (1 de Woolsey, 3 de Desnos). Albarran et Hallé ont prouvé cette dégénérescence et donné des observations avec examen histologiqne qui ne laissent plus de doute sur la question.

« Il est une complication à distance qui n'a été signalée par aucun autre avant nous, à notre connaissance, comme résultat de l'intervention opératoire sur la prostate. Il s'agit de dégénérescences malignes à la suite de l'opération. » (Prédal.)

« Nous ne pouvons nous empêcher de penser, dit l'auteur après l'analyse des observations, que certaines hypertrophies prostatiques peuvent rentrer peut-être dans la classe de ces polyadénomes mal définis qui sont des espèces de « *noli me tangere* » qu'il faut savoir respecter.

Ce serait là, si le fait était plus amplement démontré, une raison plus sérieuse que les autres à invoquer contre la prostatectomie.»

Ce fait est aujourd'hui démontré : l'adénome est le processus primitif qui amène l'hypertrophie. L'intervention chirurgicale partielle, loin de prévenir la dégénérescence maligne épithéliomateuse, pourrait donc bien parfois la favoriser. Mais ce n'est pas, nous semble-t-il, une raison pour s'abstenir. C'est, au contraire, une indication formelle d'intervenir largement et de faire la prostatectomie totale.

Indications et contre-indications — La prostatectomie sus-pubienne sera seulement indiquée lorsqu'on aura constaté la présence d'une saillie intravésicale pédiculée ou du moins très limitée.

Chez les prostatiques septiques ou calculeux, la taille préliminaire et le drainage consécutif auront une heureuse influence sur les lésions et les accidents : la cystite sera plus facilement guérie ou améliorée, les calculs seront enlevés et leur récidive sera moins à craindre après la suppression de l'obstacle, cause de la rétention.

Mais, ainsi comprise, l'opération est insuffisante : elle ne prévient, en effet, ni les progrès ou la récidive de l'hypertrophie, ni la dégénérescence maligne.

Aussi la considérons-nous seulement comme le premier temps d'une opération plus radicale.

Elle est absolument contre-indiquée lorsqu'il n'y a point saillie intravésicale : les évidements faits par en haut sont difficiles, dangereux : pendant l'opération, hémorragies possibles ; après, stagnation de l'urine dans les clapiers, les brèches irréparables et drainage insuffisant.

II. — Prostatectomie Périnéale.

De date récente, la prostatectomie périnéale a d'abord été faite pour des cancers. Préconisée par Dittel, qui partait de ce fait clinique que l'hypertrophie du lobe médian est rare, que presque toujours on a affaire à une déformation des lobes latéraux, « l'opération de Dittel » fut faite par Czerny, Küster, Max Schede.

Plusieurs chirurgiens indiquèrent des procédés opératoires qui ne contribuèrent pas peu à faire entrer la Prostatectomie périnéale dans la pratique, et depuis elle a assez souvent été faite contre l'Hypertrophie de la Prostate.

Procédés opératoires.

Nous allons décrire succinctement quelques-uns des procédés opératoires, réglés, qui permettent d'aborder et d'enlever la prostate.

Quelques-uns n'ont pas été utilisés dans le traitement de l'hypertrophie, leur description nous permettra toutefois de voir les progrès incessants obtenus au point de vue de la précision, du jour et de la facilité de l'intervention.

Méthode de Dittel. — *Position du malade.* — Il est couché soit sur le ventre, soit sur le côté. La vessie est évacuée et lavée au moyen d'une grosse sonde métallique. Celle-ci est fixée, un tampon vaseliné est profondément introduit dans le rectum.

L'*Incision* part du coccyx, se dirige en avant, contourne l'anus et gagne le raphé périnéal.

On ouvre le creux ischio-rectal, on sépare le bord gauche du rectum de la prostate, puis, disséquant au delà de la ligne médiane, on met à nu le bord droit de la glande.

Hémostase soignée. — *Excision cunéiforme* antéro-postérieure profonde sur chaque lobe. « La rétraction cicatricielle (car l'auteur ne conseille pas de réunir les surfaces de section) aurait pour effet de réduire le volume des lobes latéraux et de leur imprimer un mouvement de bascule qui dégagerait la région du col ». (Tédenat).

En présence d'un lobe moyen hypertrophié on l'enlèverait par la voie sus-pubienne. Dans les cas d'hypertrophie très accentués, Dittel préconise et a fait la résection du coccyx, qui aggrandit le champ opératoire.

C'est donc que la voie de Dittel est insuffisante : la prostate, comme l'objecte Baudet, n'est pas assez exposée ; « elle reste masquée par tout l'appareil suspenseur du rectum du côté qui n'a pas été incisé. »

Aussi les interventions faites par Küster suivant le procédé de Dittel furent accidentées : dans un cas, hémorragie abondante, dans un autre, lésion de l'urèthre membraneux, dans un troisième incision de la vésicule séminale gauche.

« En outre, dit Baudet, nous croyons que l'extirpation seule des lobes latéraux ne constitue qu'une opération palliative et qu'en somme toute cette méthode n'est pas supérieure aux prostatectomies que l'on fait habituellement par la voie hypogastrique. »

Le professeur Tédenat est du même avis :

« On peut craindre que l'opération soit insuffisante, même quand les lobes latéraux sont seuls hypertrophiés.

Elle l'est certainement dans le cas fréquent où le lobe moyen est augmenté de volume et aussi où existent des nodules saillants soit dans la cavité vésicale, soit dans la cavité prostatique. »

En *1882*, *Leisrinck* fit une prostatectomie totale (pour néoplasme). Voici comment :

Incision en fer à cheval, prérectale; décollement du rectum jusqu'aux limites de la tumeur prostatique.

Résection de la prostate tout entière. Suture uréthro-vésicale, qui fut facile : l'opération, très radicale, fut longue accompagnée d'une abondante hémorragie. Il ne cherche pas à refermer et saupoudre la cavité d'iodoforme.

Mort du malade le quatorzième jour.

Au point de vue opératoire, cette intervention est féconde en enseignements :

La vessie est très facilement abaissable.

La prostate est facilement libérée par la section de l'urèthre à sa sortie de la glande.

Ces deux notions, nous le verrons, ont été reprises par Proust. Mais l'incision de Leisrinck nous semble un peu insuffisante ; l'ouverture voulue de la vessie peut donner de bons résultats dans l'ablation d'un néoplasme adhérent ; dans l'hypertrophie de la prostate où le décollement est possible, à quoi bon s'exposer à blesser les orifices des uretères ?

Pour arriver sur la prostate, *Zuckerkland* trace à 3 centimètres au devant de l'anus une incision transversale de 6 centimètres des extrémités de laquelle il mène deux incisions postérieures de 3 centimètres, légèrement obliques en dedans. Par la dissection de ce lambeau à base postérieure, on libère le rectum, qui, ramené en arrière, permet de voir une excavation pyramidale quadrangulaire ; à sa face antérieure, on aperçoit prostate, trigone et vésicules séminales.

Le procédé de Verhoogen, analogue au précédent, a sur lui le mérite d'être plus précis et mieux réglé, de donner un champ opératoire plus vaste et moins profond.

On mène précisément au devant du sphincter externe de

l'anus, sans le traverser, *une incision* transversale de neuf centimètres, des extrémités de laquelle partent deux incisions postérieures divergentes qui longent le bord interne de la tubérosité ischiatique et la dépassent suffisamment. Longues de 3 à 4 centimètres, elles doivent intéresser le plus possible le tissu sous-cellulaire.

Décollement du rectum. — On dissèque aux ciseaux en s'écartant le moins possible du rectum et en l'attirant en arrière. A 3 centimètres de profondeur, on a atteint le bord supérieur du sphincter et complètement séparé le bulbe du rectum. Les doigts suffiront à compléter le décollement jusqu'à la prostate ; on a ainsi obtenu une fente transversale.

Section des releveurs. — Les releveurs apparaissent tendus ; après l'isolement de la prostate, on les sectionne aux ciseaux suivant les incisions latérales qui n'intéressaient que la peau et le tissu sous cutané.

L'abaissement du rectum vers le sacrum permet, comme par le procédé précédent, de voir une cavité pyramidale à base quadrangulaire mais bien plus grande.

« Plus on repousse en arrière le lambeau, moins la cavité devient profonde, et on peut ainsi facilement atteindre son sommet, ce qui est naturellement un grand avantage dans les opérations sur la partie de la prostate ou du bas-fond vésical, très profondément située. La taille du lambeau, en permettant de diminuer considérablement la profondeur du champ opératoire, constitue — dit avec raison l'auteur — le grand avantage de mon opération ».

Il fit la *résection cunéiforme* dans un cas d'hypertrophie prostatique, sans ouvrir l'urètre, et obtint un bon résultat.

Il fit une *prostatectomie totale*, mais pour carcinome ; il sectionna l'urèthre membraneux et l'urèthre prostatique au niveau du col, fit la suture uréthro-vésicale. Mais, en décollant avec de forts ciseaux, la prostate de la vessie, il ouvrit

involontairement cette dernière : suture vésicale, mais persistance d'une fistule. Survie de neuf mois.

Procédé de Baudet. — Ce procédé consiste à arriver sur la prostate par la voie utilisée par Quénu pour l'ablation des cancers du rectum ; c'est une *extirpation sous-capsulaire.*

a) 1° *Incision des téguments* en λ. — Branche médiane ano-bulbaire, branches latérales se dirigeant vers les ischions et passant à 2 centimètres des bords de l'anus.

2° *Incision du tissu cellulaire.*— En avant, on incise le tissu cellulaire, l'aponévrose superficielle, une partie du raphé ; latéralement, on fend d'arrière en avant la graisse ischio-rectale, jusqu'à la face inférieure des releveurs, le plus près possible de l'anus.

3° Les releveurs sont mis en évidence en faisant rétracter le rectum. *On les sectionne* alternativement près du rectum, jusqu'à ce que l'on voie leur aponévrose supérieure. On respecte en arrière les faisceaux ano-coccygiens et surtout en avant les faisceaux qui partent de la face antérieure du rectum. On incise enfin le raphé ano-bulbaire, c'est-à-dire l'ensemble fibro-musculaire compris entre les deux faisceaux antérieurs des releveurs sans les inciser.

4° *Décollement de l'espace prérectal.* — Le rectum étant tendu en arrière, l'index, dirigé en haut et en avant, effondre cet espace. On a ainsi obtenu une cavité spacieuse, limitée en avant par la prostate, les vésicules séminales, les canaux déférents, en arrière et en bas par le rectum et le cul-de-sac péritonéal, latéralement par les « cloisons sagittales » du rectum (faisceaux antérieurs et aponévrose supérieure du releveur, gaîne conjonctive des vaisseaux hémorrhoïdaux moyens).

5° *Section des cloisons sagittales.* — On les pince très haut, elles relient encore le rectum à la prostate, mais leur section libère le rectum, qui retombe sur le coccyx.

b) La prostate est à découvert. Il faut procéder à son *extirpation* :

1° *Incision de la capsule longitudinalement* : elle est séparée de la glande et pincée sur chaque lèvre pour faire l'hémostase et se repérer.

2° *Hémisection longitudinale de la glande.* On sépare chaque moitié glandulaire de l'urèthre et de la face inférieure de la vessie par décollement, puis avec les ciseaux.

On pratique l'extirpation sous-capsulaire.

Ce procédé est excellent et a été employé par beaucoup de chirurgiens. Gosset et Proust disent, en effet, que « si on a soin d'inciser cette capsule, on peut très aisément pratiquer l'extirpation sous-capsulaire ».

De plus, l'hémorragie est, en général, insignifiante, car on évite la blessure des plexus veineux périvésico-prostatiques.

c) *Reconstitution du périnée.* — Baudet considère comme capitale *la suture des débris de la capsule prostatique aux parois latérales du bassin.*

L'éversion de la capsule empêche les lobules prostatiques qui peuvent avoir échappé au curettage de se reformer dans une loge préparée et sous le col vésical. *La récidive est évitée.*

De plus, grâce à cette fixation, le *col vésical est abaissé* et est mis sur le même plan que le bas-fond.

Ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens pincés.

Suture au catgut du releveur et de son aponévrose aux parois rectales ; le rectum est ramené en avant.

Suture de la peau, du tissu cellulaire, en prenant dans les fils de la graisse ischio-rectale.

Drainage, s'il y a lieu.

Procédé de Proust et Gosset. — C'est, en quelque sorte, une prostatectomie par voie uréthro-périnéale combinée,

puisque les auteurs ouvrent délibérément l'urèthre prostatique.

a) Leur *incision* comprend deux segments : incision transversale de la taille prérectale, à convexité antérieure, passant à un large travers de doigt de l'anus et allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre. De son extrémité droite, par rapport à l'opérateur, on mène une longue incision antéro-postérieure, contournant l'anus et aboutissant au coccyx.

Ces deux incisions intéressent la peau et le tissu cellulaire.

Isolement du rectum. — Latéralement, le bistouri traverse une épaisse couche de graisse, sectionne quelques nerfs sphinctériens, l'artère hémorroïdale inférieure. Le doigt décolle le rectum, en refoulant en dehors la graisse ischio-rectale.

En avant, on sépare le rectum et le bulbe que l'on sent bien et que l'on évite facilement ; le bistouri doit se porter le plus possible en avant, où l'urèthre membraneux est très bien senti, grâce au conducteur.

Isolement de la prostate. — Arrivé au bec de la prostate, le doigt suffit à séparer le rectum de la prostate. On pousse le décollement le plus haut possible.

La *section des fibres antéro-postérieures* des releveurs permet de rabattre le rectum et de découvrir entièrement la glande.

b) *Extirpation.* — *Hémisection longitudinale* postérieure de la glande, jusqu'au cathéter : l'*urèthre prostatique est donc ouvert* sur toute sa longueur ; le cathéter est retiré et le doigt gauche introduit dans le canal sert de guide pour la résection des deux portions de la glande.

(*Hotchkiss* avait agi d'une manière analogue, en ouvrant simplement l'urèthre membraneux).

Le lobe droit est d'abord *isolé de l'urèthre*, soit par

décollement, soit par section ; il n'est bientôt plus adhérent qu'à la vessie et à la vésicule séminale.

Pour l'*isolement de la vessie*, on utilisera le plan de clivage vésico-prostatique bien étudié par Proust, [ou bien (si le décollement doit trop amincir la paroi vésicale, si cette dernière contient dans son épaisseur des glandes accessoires hypertrophiées), on réséquera la portion prostatique de la vessie, et plus tard « une suture longitudinale médiane restaurera en arrière la vessie, en bas et en avant l'urètre.»] Cela fait, on dégage complètement la vésicule, un fil de soie est mis sur le déférent et on coupe immédiatement au-dessous.

La même manœuvre, faite par le lobe gauche, termine la résection.

c) *Reconstitution.* — Une sonde est mise à demeure, l'*urèthre prostatique est suturé* au catgut, par des points séparés non perforants.

L'incision cutanée est refermée, et on peut par précaution mettre au milieu de l'incision prérectale un petit drain qui remonte au contact de la suture prostatique, au cas où cette suture viendrait à céder en quelque point, « mais non pas contre l'infection. Il ne saurait y avoir d'infection, disent les auteurs, puisque l'on opère sur des tissus non infectés et que, les malades étant avant tout des prostatiques aseptiques, l'ouverture de l'urèthre ne saurait à ce point de vue avoir le moindre inconvénient ».

C'est par un abus de langage qu'on a appelé prostatectomies totales les interventions précédentes : la portion anté-uréthrale de la glande est en effet conservée ; il est vrai qu'elle ne joue que bien rarement un rôle dans l'hypertrophie prostatique : « Si par prostate on entend la partie glandulaire, dit Charpy[1], il est certain qu'elle manque souvent

[1] Charpy. Organes génito-urinaires 1890.

en avant de l'urèthre ». « L'hypertrophie pathologique de la partie antérieure est rare et ne peut guère s'observer que dans les hypertrophies générales en collier. »

La désignation, en somme, peut être acceptée, puisque l'opération permet presque toujours l'ablation de toutes les parties qui jouent un rôle dans les lésions ou symptômes du prostatisme.

Prostatectomie périnéale totale. — Dans sa thèse, *Proust* a préconisé l'extirpation complète de la glande : il a heureusement combiné les manœuvres des divers auteurs, qui lui semblent faciliter l'opération et adopté la technique suivante :

La position du malade est celle de la taille périnéale : le bassin est surélevé ; un cathéter est placé dans l'urèthre.

a) *Découverte et Isolement de la Prostate. — L'incision* affecte la forme d'un V, dont une des branches court le long de l'arcade ischio-pubienne gauche ; l'autre réunit les deux ischions en passant à un centimètre au-devant de l'anus ; on pénètre dans l'interstice qui sépare l'ischio-caverneux du bulbo caverneux, on isole le transverse superficiel de ses connexions avec le sphincter externe de l'anus.

Section du périnée antérieur. — Puis, relevant le lambeau cutané, on isole le bulbe de l'extrémité antérieure du sphincter ; le raphé prérectal est ainsi divisé. Le bulbe est rejeté en avant et à droite, le transverse superficiel tendu à gauche est sectionné : on pince l'artère périnéale superficielle. Entre deux pinces, section du transverse profond.

Décollement rectal. — On suit le bord interne du releveur gauche jusqu'au rectum ; les deux releveurs étant écartés, on décolle le rectum, le plus haut possible, sans danger pour le bulbe, qui est récliné.

Le rectum est abaissé en bas et à droite, protégé par une

grande valve, et on met complètement à nu la prostate et les vésicules séminales.

b) *Résection prostatique. — Section de l'urèthre membraneux.* — On l'a dégagé, énucléé de la prostate le plus haut possible ; on le sectionne alors transversalement.

Deux pinces de Museux, fixées sur la prostate, permettent de lui faire exécuter un *mouvement de bascule*, lorsqu'on l'a libérée, par une incision, de la capsule de revêtement ; elle est ainsi décortiquée facilement et graduellement au doigt ou avec un instrument mousse. Proust insiste sur cette manœuvre qui lui a paru fort utile.

Decollement vésico-prostatique. — L'extrémité antérieure de la prostate mise à nu au niveau de l'adhérence vésicale, on sectionne l'urèthre à quelques millimètres de son implantation vésicale, on place un fil d'attente. On continue, en basculant la prostate, le décollement vésico-prostatique ; la prostate ne tient plus à la vessie que par ses angles supérieurs où arrivent le canal déférent, la vésicule et les vaisseaux.

L'*hémisection de la prostate* facilite leur ligature de chaque côté.

c) *Reconstitution.* — On fait alors la *suture uréthro-vésicale*, en commençant par la paroi antérieure (nous avons déjà vu que la vessie est facile à abaisser) et utilisant les fils d'attente. Une sonde à demeure est placée et la suture complétée. La loge prostatique est comblée par des catguts passés d'un releveur à l'autre ; un drain est intercalé au contact de la suture.

On peut conserver l'urèthre prostatique, en sculptant pour ainsi dire le canal, puis en décollant comme nous l'avons vu.

S'il y a rétention et infection, Proust propose l'ouverture du bas-fond et la suture des lèvres de la plaie vésicale à la peau. On fait, en somme, une cystostomie périnéale (bouton-

nière vésico-périnéale de Proust). Ce drainage, très efficace, est évidemment supérieur aux autres moyens, qui vident bien la vessie, surtout lorsqu'on ouvre le bas-fond, mais exposent à la résorption septique, par infiltration de l'urine dans la grande plaie anfractueuse causée par l'intervention.

Procédé de Proust modifié. — Dans l'exécution de l'intervention périnéale, « trois obstacles frappent tout d'abord :

Les limites restreintes du champ opératoire ;

La profondeur où il semble qu'on doive opérer ;

La difficulté de faire basculer la prostate ».

Pour remédier à ces inconvénients, Proust, dans un article récent, a modifié la méthode précédente.

La position périnéale inversée fournit un champ opératoire plus pratique, le désenclaveur prostatique évite d'opérer en profondeur, l'hémisection de la glande favorisera la bascule de la prostate.

Position du malade. — Le malade est dans « l'attitude d'un individu assis, le haut du corps penché en avant, mais individu qu'on aurait exactement retourné sur lui-même ». C'est la position sacro-vertébrale ou position périnéale inversée.

Le jeu normal des organes n'est pas entravé ; « la déclivité de la tête serait peut-être à la longue gênante pour le malade (congestion, cyanose), s'il n'était anesthésié ». Il n'est mis en cette position, en effet, qu'après anesthésie (la table de Jayle se prête très bien au changement de position).

Le périnée horizontal, bien déplissé, est bien éclairé, et « le champ opératoire est considérablement agrandi aux dépens de la région anale ».

a) *Incision prérectale. — Décollement du rectum.* — Une incision prérectale suffit, on décolle l'espace interprostato-rectal. Une valve placée sur la lèvre postérieure de l'inci-

sion, la déprime non en arrière, mais en bas, verticalement. Les tissus interano-coccygiens s'effacent, la prostate, découverte, est superficielle et non plus profonde.

b) *Extirpation.* — On la fait saillir encore plus, grâce au procédé du désenclaveur (analogue au procédé du lithotriteur de Tédenat).

« L'instrument se compose de deux pièces métalliques indépendantes, mais pouvant glisser l'une sur l'autre ; l'une, la pièce de fixation, sur laquelle je passe, l'autre, pièce femelle, pièce de bascule ; cette pièce femelle est une tige coudée comme un exp[illegible]rateur du professeur Guyon.

« On l'introduit par une petite boutonnière faite à l'urèthre à la jonction de la portion membraneuse et, de la portion prostatique, la concavité tournée du côté du pubis. Dès que cet instrument a pénétré dans la vessie, on fait tourner le manche sur lui-même de 180°, de façon à ce que le bec vienne se loger dans le bas-fond. Jusqu'alors, la tige de l'appareil est verticale, c'est-à-dire perpendiculaire au périnée. On repousse alors le manche directement en avant en le rabattant entre les cuisses du malade, si bien que, l'instrument tournant autour du pubis comme axe, le bec vient faire saillir la prostate en arrière, au devant de l'opérateur, l'énucléant de la profondeur ; en un mot la fait surgir entre les releveurs ».

La prostate est absolument sous les doigts du chirurgien, recouverte seulement par l'aponévrose prostato-péritonéale, qu'on incise et dissèque facilement jusque sur les bords latéraux.

Il n'y a plus qu'à continuer l'opération comme par le procédé précédent.

Hémisection de la prostate, urèthre inclus. — Bascule. — Dissection de la prostate sur le trajet uréthral, décollement vésico-prostatique.

c) *Ligature des pédicules* (canal déférent, branche prostatique de l'artère vésico-génitale, glande séminale).

Suture uréthrale complète en cas d'asepsie, incomplète en arrière, pour permettre le drainage cysto-périnéal s'il y a cystite.

Les avantages énoncés plus haut sont réalisés par l'intervention. Il ne peut plus être question de la « perineal distance » de Watson, qui par l'abaissement des parties molles n'existe plus : on opère superficiellement.

L'incision prérectale suffit, les incisions à lambeau qui, dans la position de la taille prérectale, assurent un jour considérable, ne sont plus nécessaires : plus de grandes cavités anfractueuses, dont l'infection est facile, laborieuses à ouvrir et à reconstituer.

Si le procédé du « désenclaveur » n'a rien de bien original (M. Tédenat a déjà il y a quelques années usé comme nous allons le voir d'un pareil stratagème pour amener la hernie de la prostate), il n'en est pas moins utile.

Enfin la méthode peut convenir à tous les cas : elle permet l'extirpation totale de la glande hypertrophiée, et s'applique indistinctement aux cas aseptiques, où l'on ne fera pas de cysto-drainage ; aux cas septiques, où le drainage périnéal sera efficace.

Procédé de Tédenat. — Notre maître, jugeant que l'ablation périnéale de la prostate est souvent difficile à cause de la « perineal distance », à cause de sa situation profonde, a employé un procédé qui a l'avantage, comme la prostatectomie combinée, de permettre l'abaissement de la glande sans en avoir le grand inconvénient, qui est l'ouverture de la vessie.

« Afin d'éviter, dit-il, la taille sus-pubienne, j'ai introduit un lithotriteur dans la vessie. Le bec, retourné en bas, accro-

chait la prostate, permettant de la fixer et de la refouler vers le périnée.

Incision de Nélaton. Après décollement du rectum, la face postéro-inférieure de la prostate apparaît encadrée de chaque côté par les releveurs de l'anus.

Incision médiane de la capsule prostatique; chaque lèvre est saisie par des pinces à forcipressure, le doigt et les ciseaux décollent la capsule.

La prostate étant alors bien saisie par une pince qui l'attire fortement, son bec ou extrémité antérieure se dégage un peu. On le décolle avec le doigt, avec les ciseaux et on sectionne de haut en bas par petits blocs, en sectionnant sur le milieu pour faciliter le dégagement. Le lithotriteur donne un bon point d'appui et refoule sensiblement la prostate vers le périnée, à la condition que l'aide qui en a charge relève la poignée vers le haut.

J'ai ainsi pu enlever une fois 56 grammes, une autre fois 47 de tissu prostatique.

Dans les trois cas, l'opération a été assez rapide, pénible pourtant et l'hémorragie n'a pas été considérable. »

» Ce procédé, ajoute-t-il, est supérieur à celui de Nicoll, dans le cas où il n'existe pas de masses saillantes dans la vessie; car, pour si habile que soit l'aide chargé de diriger l'action du lithotriteur, la fixation et le refoulement de la prostate se font moins bien avec lui qu'avec les doigts introduits dans la vessie. »

Cette manœuvre est à retenir; si elle ne prétend pas être aussi efficace en cas d'hypertrophie intravésicale que les méthodes combinées, elle facilitera l'extirpation glandulaire par la voie périnéale et conciliera les avantages de la méthode périnéale et de la méthode combinée.

Tous les auteurs que nous avons cités ont utilisé la voie périnéo-pré-rectale. D'autres (Demarquay, Doyen, Jaboulay)

ont suivi la voie périnéo-rectale. Il est vrai que souvent des complications ou des lésions adjacentes (cancéreuses, tuberculeuses) du rectum indiquaient naturellement cette voie. Mais Jaboulay, contre l'hypertrophie de la prostate seule, a utilisé la voie trans ano-rectale.

Demarquay fit une incision périnéo-rectale et pratiqua par l'intérieur du rectum l'évidement glandulaire tout simplement. Le malade, porteur d'un cancer, guérit très bien de l'opération.

Dans un autre cas, voulant être plus radical, il enleva la prostate, la base vésicale, la paroi antérieure du rectum :

Une pareille intervention, qui n'avait d'autre mérite que l'audace et la nouveauté, eut un résultat qu'il était facile de prévoir : la mort du malade par infection purulente.

Doyen, dans un cas de tuberculose du testicule gauche du canal déférent, de la prostate et des vésicules séminales — avec fistule purulente inguinale et fistule uréthro-rectale, — fit une laparotomie, puis une intervention périnéale :

Incision intéressant le périnée et la paroi antérieure du rectum jusqu'au-dessus de la fistule rectale.

Résection de la prostate et des deux vésicules séminales avec les pinces à griffes et les ciseaux (après excision du trajet fistuleux).

Reconstitution de la paroi inférieure de l'urèthre, qui était détruite sur une étendue de 1 centimètre, par « quatre points de suture antéro-postérieurs qui le fixèrent au pourtour du col de la vessie.

» Le rectum fut suturé à points séparés et l'espace vésico-rectal tamponné et drainé pour prévenir toute récidive de l'ancienne fistule. » Guérison.

Procédé de Jaboulay. — *Jaboulay,* enfin, a délibérément utilisé la *voie trans-ano-rectale* pour enlever la prostate

hypertrophiée. L'opération fut, dans trois cas, une opération d'urgence : rétention aiguë et cathétérisme impossible.

a) *Incision du raphé périnéal antérieur*, section du sphincter. Ouverture de la paroi antérieure du rectum et de la loge prostatique à l'aide du doigt seul.

b) Section de la prostate dans toute son épaisseur ; *décortication des deux moitiés* et énucléation de la capsule prostatique, à l'aide du doigt seul. (A ce moment, l'urine s'écoule, une sonde à demeure est placée aussitôt.)

c) La paroi postérieure de la capsule glandulaire est ramenée en avant et suturée, *refermant* ainsi, la paroi antérieure étant intacte, *la loge prostatique*, espace virtuel qu'occupe dès lors seulement la sonde à demeure.

L'incision intéressant le raphé périnéal antérieur de la commissure anale est suturée. Le sphincter est laissé sans suture.

L'auteur de la communication, M. Violet ajoute que « la technique de l'opération est facile et prompte, grâce à cette énucléation sous-capsulaire ». Ce point confirme encore l'opinion et la conduite des chirurgiens qui ont usé de la voie périnéale.

Mais à la suture des lèvres de la capsule, contraire à la manœuvre de Baudet, qui, au contraire, l'éverse et la suture sur les parties molles des parois du bassin, nous préférons cette dernière, qui prévient toute récidive et abaisse le bas-fond vésical.

La voie rectale nous semble, quoi qu'en dise l'auteur, inutile ; à quoi bon léser le rectum et le sphincter anal, puisque la voie prérectale nous permet de bien voir et de bien opérer.

Quant au caractère d'urgence de la prostatectomie de Jaboulay, non seulement, croyons-nous, elle n'est pas si facile et si rapide qu'elle puisse détrôner la ponction vésicale

ou la taille qui, pour la plupart des praticiens, exigent moins d'audace, d'habileté et d'instrumentation que la prostatectomie, mais, de plus, elle nous paraît inopportune ; nous dirons pourquoi l'intervention à froid nous semble préférable.

Résumé. — Au terme de cette étude, essayons de voir quels sont les procédés les meilleurs pour aborder et réséquer la prostate par le périnée.

Nous avons vu les progrès successifs réalisés ; toutes les méthodes sont réductibles à trois temps principaux :

1° Découverte et isolement de la prostate ;

2° Ablation de la glande ;

3° Reconstitution.

Un mot en passant de la position du malade. — Dittel le couchait soit sur le ventre, soit sur le côté ; si la position était bonne pour l'opérateur, elle ne l'était guère pour le malade, qui était, de la sorte, difficilement endormi parce qu'il respirait mal.

Aussi Verhoogen, Tédenat, Baudet, Proust et presque tous les chirurgiens ont-ils adopté la position de la taille périnéale avec surélévation du bassin

Proust enfin a adopté la position périnéale inversée, dont nous avons vu les grands avantages pour l'opérateur et l'opération, le peu d'inconvénients pour le malade une fois l'anesthésie faite.

Le cathéter uréthral et le tampon rectal permettent une dissection plus sûre, plus facile et plus complète.

1° *Découverte et isolement de la prostate.* — Nous avons vu le nombre et la variété des incisions adoptées. Dans la position de la taille, les incisions simples ou linéaires sont insuffisantes : on travaille dans un champ opératoire profond et étroit (en tout cas, celle de Dittel est absolument à

rejeter : elle ne permet de bien voir qu'une partie de la glande.

Dans la position sacro-verticale, l'incision prérectale suffit, grâce à l'abaissement des parties molles rétro-anales et à la manœuvre soit du lithotriteur, soit du désenclaveur, qui amèneront la hernie de la glande.

Elle permet d'opérer superficiellement et sans amener de grands délabrements. Elle évite ces grandes cavités anfractueuses dont la formation nécessite une série de temps longs, délicats et pénibles, et qui sont pourtant nécessaires si l'on adopte la position de la taille : un lambeau seul, en effet, permet d'avoir alors un champ opératoire suffisant ; son abaissement et sa traction en arrière rendent le bas-fond de la vessie et la prostate plus accessibles.

De ces dernières incisions celles de Verhoogen, de Baudet et de Gosset et Proust nous semblent les meilleures.

2° *Ablation de la glande*. — La voie périnéale permet l'ablation totale ou subtotale de la glande. Celle-ci est suffisante le plus souvent : la portion anté-uréthrale, ne contenant pas des éléments glandulaires, ne s'hypertrophie pas et ne peut, par suite, devenir épithéliomateuse.

L'extirpation sous-capsulaire, qui a l'avantage de ne pas amener d'hémorragie, nous semble une bonne méthode : l'introduction du cathéter et mieux du lithotriteur permettra une énucléation ou une dissection complète de l'urèthre.

L'ouverture de l'urèthre prostatique (Proust) facilite cette dissection et permet l'exploration approfondie de la vessie, donne un drainage efficace. La suture, étant facile, ne compliquera guère l'opération.

3° *Reconstitution*. — Si l'on a pratiqué l'extirpation intra-capsulaire, réunir les lèvres de la capsule, comme le fait Jaboulay, nous semble une mauvaise pratique : il vaut mieux, comme Baudet l'a fait et le conseille, les éverser et les sutu-

rer aux parties molles du bassin : on évite toute récidive ; et surtout on abaisse le col, par suite on supprime tout bas-fond.

Si l'on a ouvert l'urèthre prostatique, on le reconstituera par points séparés, non perforants (Proust).

La suture sera complète si le malade est aseptique ; incomplète en arrière s'il est septique, on drainera par cette ouverture efficacement, et sans danger si l'on a simplement décollé l'espace interprostato-rectal comme dans le procédé de Proust modifié, car la résorption septique sera peu à redouter.

Quant à l'extirpation d'une partie du bas-fond vésical en cas de saillie intravésicale, elle nous semble une mauvaise pratique : elle complique de beaucoup l'opération, on peut blesser les uretères, la suture cède souvent ; elle expose à des fistules dont la durée sera grande et la guérison difficile.

Résultats Thérapeutiques

La méthode de Dittel a été suivie par Küster (1891). Elle ne paraît pas exposer la vie du malade, d'après les quelques cas publiés, mais ses résultats tardifs sont loin de répondre à l'idéal : nous ne devons pas nous en étonner, la voie suivie est étroite et ne donne pas un champ opératoire assez éclairé pour permettre une ablation suffisante. N'oublions pas, du reste, que cette méthode, appelée Prostatectomie latérale, n'avait d'autre but que la suppression des lobes latéraux : elle est passible, en tant que prostatectomie partielle, des mêmes objections que la méthode sus-pubienne.

Küster (1891) fit trois fois l'opération que Dittel avait seulement préconisée : « Dans un cas, le plexus prostatique donna une hémorragie abondante ; dans un autre, l'urèthre membraneux fut ouvert involontairement, dans le troisième

la vésicule séminale gauche fut incisée. Les plaies furent bourrées de gaze iodoformée pour arrêter le suintement sanguin et prévenir l'infection, puis suturées deux jours après.

» Malgré l'existence prolongée de menues fistules, le résultat fut bon ; dans un cas, le résidu urinaire s'élevait pourtant à 50 grammes ». (Cité par Tédenat)

Watson, publiant en 1894 les résultats obtenus par les différents procédés de Prostatectomie, a eu une mortalité opératoire de 20 °/₀ (16 Prostatectomies périnéales). La moitié des malades ont retiré de l'opération un grand bénéfice au point de vue du rétablissement des fonctions vésicales.

Trois fois il a fait l'opération de Dittel, sans accident opératoire : mais un bon résultat mictionnel n'a été acquis qu'une seule fois.

Woolsey (1895) et *Castellana* (1899) ont obtenu, par le même procédé, un succès opératoire et un bon résultat.

Warholm, de même, a publié un succès relatif : une blessure de l'urèthre au cours de l'opération laissa une fistule pendant trois semaines. Deux mois après, le malade vidait complètement sa vessie.

Baudet conclut ainsi l'observation de son malade opéré : L'amélioration fonctionnelle est indéniable; et si l'amélioration de l'état général se maintient, la guérison ne tardera pas à survenir. Mais nous croyons que la miction, quoique facile et spontanée, restera toujours fréquente.

Lapeyre, de Montpellier, a fait en 1900 avec succès une prostatectomie : le malade sortit guéri de l'hôpital : il a été perdu de vue.

Tédenat a opéré « trois vieux prostatiques en rétention chronique, obligés de se sonder plusieurs fois par jour. Leur vessie était infectée et avec elle les voies urinaires supérieures. »

Mort de l'un âgé de 74 ans (accidents d'anurie et affaiblissement progressif).

Les deux autres urinent fréquemment, mais se passent de la sonde : le premier urine toutes les trois heures, avec un résidu urinaire qui ne dépasse pas 40 grammes; un peu de pus et d'albumine dans l'urine. Le second, dont nous publions l'observation, vide complètement sa vessie, le jour toutes les deux heures, la nuit trois ou quatre fois. Ces deux opérations remontent à 23 et à 17 mois.

Albarran vient de communiquer à la Société de Chirurgie les résultats de 16 prostatectomies périnéales qui remontent seulement à 6 mois au plus. La léthalité a été nulle : tous les 16 malades, pourtant, étaient infectés, et dans quelques cas, le volume de la glande rendit l'opération difficile.

Voici les résultats thérapeutiques obtenus :

1 malade a été perdu de vue, 4 autres sont opérés depuis trop peu de temps pour les faire entrer en ligne de compte; 3 sont encore en traitement, mais leur plaie est fermée et ils vident bien leur vessie.

8 autres, opérés depuis six mois, peuvent être considérés comme guéris : ils vident spontanément et complètement leur vessie ; les lésions rénales qui existaient chez certains d'entr'eux ont rétrocédé ; enfin, l'état général est redevenu excellent.

Les faits publiés sont encore en trop petit nombre ou trop récents pour permettre d'établir d'une façon précise la valeur thérapeutique de la prostatectomie périnéale.

Mais n'oublions pas que jusqu'ici, comme par la voie sus-pubienne, on n'est intervenu que tardivement : tous les auteurs qui se sont occupés de la question pensent qu'en opérant de bonne heure on obtiendrait des résultats, précoces et tardifs, supérieurs.

L'infection rend en effet l'intervention grave et meurtrière, les altérations vésicales et rénales rendent au point de vue fonctionnel le bénéfice opératoire moins certain et moins grand.

Avantages et Inconvénients de la Voie Périnéale.

A.— Avantages.— 1° **La voie périnéale permet l'ablation totale de la prostate.** — Nous avons vu, au cours de notre revue, que thérapeutiquement la prostatectomie totale était le but que l'on devait se proposer d'atteindre. Or la voie périnéale permet de la réaliser. Plusieurs auteurs, nous l'avons vu, y étaient parfaitement arrivés et avec succès.

Que l'on réséque la glande entre le col vésical et l'urèthre membraneux, (on peut très bien abaisser la vessie pour faire la suture urèthro-vésicale), ou bien que l'on fasse l'énucléation intra-capsulaire, qui, à notre avis, vaut mieux, car elle est suffisante, moins difficile et moins dangereuse, le but est atteint. Dans ce cas, en effet, on supprime non seulement l'obstacle, mais encore tout danger de récidive ou de dégénérescence, la portion rétro-vésicale ne contenant pas d'éléments glandulaires.

L'opération de Dittel, qui est une prostatectomie partielle sera donc à rejeter ; la voie qu'il préconise est insuffisante à bien découvrir et à bien mettre en relief toute la glande. Quant à réséquer le coccyx comme le propose et comme l'a fait l'auteur, à quoi bon puisque d'autres incisions, les incisions à lambeau, donnent un champ opératoire plus grand et moins profond. La position proposée par Proust (périnéale inversée) est encore un progrès qui permet, avec la simple incision prérectale, d'extirper ou d'énucléer grâce à l'abaissement du périnée postérieur et la hernie de la glande que

donne le désenclaveur ou lithotriteur, de bien voir, de travailler à l'aise, superficiellement et sans grand délabrement.

2° La voie périnéale permet un drainage efficace. — Ceci est encore absolument incontestable et important.

Nous avons vu même les partisans de la prostatectomie sus-pubienne recourir au drainage périnéal, qui assure mieux la vacuité du bas-fond et la désinfection vésicale. Quant à l'infection de ces vastes anfractuosités périnéales, si elles étaient à redouter lorsqu'on usait des procédés à lambeau et du drainage périnéal, le récent procédé de Proust nous permet de l'éviter : on décolle seulement l'espace interprostato-rectal.

B. Objection. — 1° La voie périnéale est dangereuse, la prostate est profondément située et son extirpation difficile.

Nous avons vu ce qu'il faut penser de ces objections que ne manquent pas d'adresser les partisans de la voie haute.

Dangereuse, elle l'est comme est dangereuse toute intervention chirurgicale chez des gens âgés, ou chez des gens infectés. Faite avant que la cachexie ou l'apparition des lésions rénales ne soit venue assombrir le tableau clinique, c'est-à-dire dans la période aseptique, la première période du prostatisme, la prostatectomie périnéale ne sera pas plus dangereuse que toute autre opération.

Mais l'hémorragie ?

Les prostatiques sont des congestifs; les réseaux veineux vésico-prostatiques sont très vasculaires.

Certainement, aussi croyons-nous que l'énucléation ou l'extirpation intra-capsulaire est un bon procédé. L'incision longitudinale postéro-inférieure de la capsule permet d'évi-

ter ces plexus vésico-prostatiques ; et la prostate — sauf en cas de rétention aiguë — est très peu congestionnée.

Il est vrai *que la prostate est profonde*, que chez les gens gras, la distance périnéale est très grande. L'étude des procédés opératoires nous a montré les progrès successifs réalisés au point de vue de la découverte, de l'isolement de la glande, qui, somme toute, est aujourd'hui facile à enlever.

En tout cas, ceci ne fait aucun doute, la voie périnéale, au point de vue du jour et de l'aise qu'elle donne à l'opérateur, n'est pas à comparer avec la voie sus pubienne, où un doigt exercé peut bien se rendre compte des saillies intravésicales, il est vrai, mais où il manque le contrôle de l'œil qui seul permet pendant l'opération une conduite sage et prudente.

2° La voie périnéale ne permet pas l'ablation des saillies intra-vésicales, rétro ou juxtacervicales. — C'est là, nous semble-t-il, l'objection la plus sérieuse.

Après l'ouverture de l'urèthre prostatique (Proust), on peut bien explorer et extirper quelquefois les hypertrophies limitées et pédiculées du lobe médian ; mais c'est, nous semble-t-il, un tort que d'ouvrir toujours et délibérément l'urèthre, et puis l'excision est, dans ces cas, moins aisée que par en haut.

Quant à l'excision d'une partie du bas-fond vésical que proposent Gosset et Proust, elle nous semble dangereuse, avons-nous dit, au point de vue opératoire d'abord, au point de vue des conséquences ensuite.

Indications. — *La voie périnéale permet de bien découvrir la masse prostatique rétro-uréthrale*, celle qui est cause des accidents, et de l'extirper aisément.

Elle est donc la voie à suivre dans tous les cas.

Même en présence d'une tumeur pédiculée intravésicale, plus facilement accessible par en haut, elle sera indiquée, si l'on veut tenter une cure radicale ; la prostatectomie périnéale sera le complément de la prostatectomie sus-pubienne ; on aura ainsi suivi la voie combinée, dont il nous reste à parler.

III. — Prostatectomie combinée

Technique Opératoire

Dans quelques cas, la prostatectomie sus-pubienne, l'énucléation large des saillies intravésicales ayant amené la formation d'espaces morts dont l'évacuation aurait été mal assurée par le drainage sus-pubien, *Belfield*, craignant l'infection vésicale, pratiqua une ouverture à l'urèthre membraneux et draina par le périnée.

La méthode combinée était née :

Belfield pratiqua souvent, dès lors et délibérément, une incision périnéale qui permettait en outre *le refoulement vers l'hypogastre de la glande* : on pouvait mieux agir ainsi sur la masse prostatique rétro-uréthrale.

C'était un avantage.

Mais les inconvénients sont multiples :

1° Les muqueuses de la vessie et de l'urèthre prostatique sont coupées et plus ou moins meurtries et abimées.

2° L'hémorragie est souvent grave.

3° L'espace mort sous-vésical se remplit d'urine : le drainage sus-pubien, comme l'avait vu l'auteur, est insuffisant, mais son drainage périnéal, pour être efficace devrait se faire non par l'urèthre membraneux, mais par le bas-fond, point le plus déclive.

4° La prostatectomie est partielle.

Procédé de Nicoll. — Taille hypogastrique et fixation des lèvres vésicales à la paroi; cathéter dans l'urèthre et position de la taille périnéale.

Incision périnéale sur le raphé ; isolement de la prostate et du rectum sans ouvrir l'urèthre.

On ouvre la capsule prostatique par une incision longitudinale médiane postéro-inférieure : les lèvres de l'incision sont fixées par des pinces. *La vessie est abaissée par les doigts d'un aide* : ainsi, la prostate fixée et plus accessible, est décortiquée aisément ; les masses prostatiques sont dégagées ou arrachées par torsion ; il faut fouiller profondément.

Quant aux saillies intravésicales, elles sont enlevées par en haut ; mais leur ablation ne doit être faite qu'au bout de quelques jours, quand l'urine est aseptique et la plaie périnéale en bonne voie de guérison.

On bourre la cavité périnéale de gaze iodoformée ; celle-ci est changée tous les deux ou trois jours. Les tubes de Périer restent en place une dizaine de jours, et pendant ce même temps, on laisse à demeure une sonde de Pezzer ou Malécot.

Ce procédé est supérieur au précédent :

1° La prostate peut être enlevée totalement.

2° L'hémorragie est réduite au minimum, car l'incision de la capsule porte sur la ligne médiane peu vasculaire, le plexus veineux occupant les parties latérales.

3° La conservation de l'urèthre prévient l'infiltration de l'urine, toujours plus ou moins septique, dans la loge prostatique (Tédenat).

4° Le drainage sus-pubien sera suffisant : l'ablation périnéale de la portion rétro-prostatique évite l'énucléation intravésicale des lobes latéraux qui, par Belfield, était faite le plus complètement possible et amenait la formation de clapiers dont le drainage était difficile par la voie haute.

5° L'intervention en deux séances diminue la gravité du traumatisme, surtout si l'on attend, comme le recommande l'auteur, la disparition de la cystite et l'amélioration de la plaie périnéale.

Procédé d'Alexander. — C'est encore une prostatectomie totale.

Imite la conduite de Belfield, mais la renverse pour ainsi dire et la modifie de façon à éviter ses dangers.

Mêmes temps préliminaires.

L'incision de l'urèthre membraneux est faite, mais elle intéresse *toute la portion membraneuse*, de l'extrémité postérieure du bulbe jusqu'à la pointe de la prostate.

Grâce à l'incision sus pubienne, la vessie est abaissée, *la glande, refoulée vers le périnée*, est amenée dans l'incision.

La capsule est déchirée avec les doigts de la main droite. La décortication permet la conservation des muqueuses vésicale et uréthrale (région prostatique).

Extirpation des lobes latéraux, et, s'il y a une tumeur médiane, celle-ci peut être énucléée de la même manière. Lavage de la plaie au sublimé à 1/5000e. On introduit dans la vessie un tube périnéal et un tube sus-pubien à la partie inférieure de la plaie, qui est suturée au-dessus.

Cathétérisme dès la seconde semaine ; la guérison est obtenue en un mois, un mois et demi.

Cette méthode est supérieure à celle de Belfield :

1° Elle permet l'ablation totale de la glande ;

2° On respecte la muqueuse de la vessie et de l'urèthre ;

3° L'hémorragie est minima ;

4° Le drainage plus efficace ;

5° L'opération plus rapide.

Aussi, beaucoup de chirurgiens américains la considèrent comme la méthode de choix.

Dans les cas où le lobe moyen n'existe pas, l'opération de Nicoll, qui permet la conservation intégrale de l'urèthre et permet une désinfection suffisante de la vessie, est applicable.

Modifications apportées par quelques Auteurs

Albarran, après cystotomie et exploration vésicale sus-pubienne, arrive sur la prostate par le procédé de Proust et Gosset. « Il agit alors par morcellement » avec des pinces à traction et une pince coupante spéciale, qui présente le grand avantage de bien couper et de faire l'hémostase des parties sectionnées.

Il extirpe la prostate, en contrôlant, avec le doigt introduit dans la vessie par la plaie hypogastrique, le travail des instruments. Si les pédicules saignent et si l'hémostase est difficile, on laissera les pinces à demeure. »

Mieux vaut l'énucléation glandulaire après incision médiane de la capsule. Si elle est difficile, si la prostate fibreuse ne s'y prête pas, on sera toujours à temps à pratiquer, et alors seulement, le morcellement.

D'autres chirurgiens, tout en considérant comme nécessaire l'*abaissement de la prostate* pendant les manœuvres périnéales, n'ont point recours à la taille sus-pubienne.

Syms se contente d'inciser la paroi abdominale et abaisse la prostate, en appuyant sur la face antérieure de la vessie. Dans un autre cas, il a incisé l'urèthre membraneux, et son doigt, recourbé, introduit dans le canal, attirait la prostate dans la plaie périnéale.

Freyer aussi propose de remplacer le procédé de Nicoll, qui pour lui peut être dangereux, par l'uréthrostomie externe préalable. Il prétend que cette opération, qui permet d'introduire un doigt dans la vessie, facilite singulièrement avec l'aide du toucher rectal, l'extirpation des lobes prostatiques.

Les procédés de Freyer et de Syms sont analogues en somme à celui de Gosset et Proust : ce dernier aurait pu être décrit ici comme méthode combinée uréthro-périnéale.

Enfin, *Tédenat* a su heureusement faire bénéficier la méthode périnéale du grand avantage de la méthode combinée, qui est l'abaissement, de la glande en introduisant dans la vessie, comme nous l'avons vu, un lithotriteur dont «le bec retourné en bas accrochait la prostate, et permettait de la fixer et de la refouler vers le périnée».

Prostatectomie en deux séances

Mansell Moullin avait proposé déjà, dans le but de diminuer la gravité du traumatisme chez les vieux infectés, de faire par la voie hypogastrique :

1° La cystostomie ;

2° La prostatectomie sus-pubienne.

Nous avons vu que *Nicoll* fait l'ablation de la masse rétro-prostatique par la voie combinée, et ultérieurement, quand l'urine est redevenue limpide et que la plaie périnéale bourgeonne bien, il résèque les saillies intravésicales.

Clarke Bruce a suivi et préconisé une ligne de conduite analogue :

1° Cystostomie ;

2° Prostatectomie périnéale.

Cette méthode, nous semble-t-il, ne doit point être oubliée : chez un vieux prostatique infecté, le drainage vésical temporaire et préliminaire, en amendant ou supprimant les phénomènes infectieux, rendra certainement l'intervention moins grave.

Résultats de la Méthode combinée

Comme par la voie périnéale, les opérations sont encore trop peu nombreuses ou trop récentes pour que l'on puisse juger des résultats thérapeutiques. La prostatectomie com-

binée a été faite par Belfield, Nicoll, Mac-Ewen, Hotchkiss, Albarran (2 fois) avec succès. Sur 8 malades opérés par son procédé, Alexander a eu 2 morts, imputables aux très mauvaises conditions dans lesquelles il avait opéré. Young (1900) a fait 4 prostatectomies sans accidents par voie combinée : les quelques autres cas, qu'on pourrait trouver épars dans la littérature médicale étrangère, ne modifieraient en rien notre opinion : l'opération n'est pas grave.

Quant aux résultats thérapeutiques, voici ceux obtenus par *Hotchkiss :*

« Sortie un peu moins d'un mois après l'entrée ; la plaie périnéale était cicatrisée, à l'exception d'une petite surface couverte de granulations. Pas de fistule. Le malade pouvait uriner sans douleur. La cystite était tellement améliorée qu'un examen ne montra aucune trace d'albumine, et l'urine était beaucoup plus claire quoique toujours alcaline.

» Le malade a écrit à l'hôpital trois mois après l'opération, disant qu'il urinait aussi bien que lorsqu'il était enfant. »

Young, sur 4 cas, a, dans deux, obtenu de très bons résultats, dans 2 autres l'opération fut plus difficile et le résultat très incomplet.

Watson dit que, dans la moitié des cas opérés par voie combinée, il a obtenu, comme par la voie périnéale, le rétablissement des fonctions vésicales.

La statistique d'*Alexander*, qui rapporte le plus de faits (8 cas — 2 morts), est la plus intéressante :

Le premier malade mourut 5 jours après l'opération : 2 jours avant la mort, «se développa une pneumonie; l'urine devint rare, la plaie périnéale devint gangréneuse, et une petite fistule se forma entre le rectum et la plaie périnéale. Il mourut deux jours plus tard. Il y eut une entière anurie pendant les dernières douze heures.

» Le malade avait été opéré seulement comme dernière ressource et sa mort ne fut pas une surprise ».

Chez le deuxième, se développèrent des symptômes urémiques avec anurie presque complète : mort 4 jours après l'opération. L'autopsie démontra entr'autres lésions une néphrite parenchymateuse chronique.

Sur les six survivants, presque tous partirent environ un mois ou un mois et demi après l'opération ; la cystite était guérie, la miction facile et spontanée, la rétention nulle. Le sixième, en rétention chronique et incontinence par regorgement, avait 20 grammes de résidu cinq semaines après, par atonie vésicale, mais il urinait seulement toutes les quatre ou cinq heures, la plaie périnéale était fermée et toute l'urine passait par l'urèthre.

Le huitième, qui avait également de la rétention avec incontinence, vidait entièrement sa vessie 35 jours après l'opération.

Tous les opérés ont donc retiré un grand bénéfice de l'intervention, puisque en six ou huit semaines ils arrivent à vider complètement leur vessie.

L'opération, en somme, n'est pas très grave : et ses résultats sont satisfaisants; mais, comme nous allons le voir, on n'aura recours à elle qu'en certains cas, où la voie périnéale seule laisserait à désirer.

Avantages et Inconvénients.

Les partisans de la méthode de Nicoll font valoir :

1° Qu'elle permet mieux que la méthode périnéale l'ablation totale de la glande. — *a*. Par l'*ouverture vésicale susbubienne, on peut aisément exciser ou énucléer les tumeurs intravésicales.*

Ceci est exact : il est incontestable qu'une tumeur obturante sera facilement enlevée par en haut d'un coup de ciseaux, tandis qu'au contraire, surtout si elle siège à la face postérieure du col ou dans le bas-fond, on ne pourra guère l'enlever par la seule voie périnéale, même si l'on a recours à l'ouverture de l'urèthre prostatique. Aussi Gosset et Proust ont-ils préconisé dans les cas de cette nature la résection de la muqueuse vésicale sur laquelle siège l'hypertrophie : nous avons dit que c'était une mauvaise pratique, dangereuse au point de vue opératoire et au point de vue des conséquences (blessure possible des orifices uretéraux, fistules succédant à une suture trop lâche ou trop faible).

Quant à l'énucléation de tumeurs sessiles, à l'évidement transvésical, il est encore exact qu'il est possible de les pratiquer par en haut, mais les inconvénients consécutifs sont grands : on meurtrit la muqueuse, on crée des brèches, des poches qui favorisent la stagnation de l'urine, et par suite l'infection et la formation de calculs.

b. L'ouverture vésicale *permet de fixer et de refouler la glande vers le périnée, de mieux agir sur les lobes latéraux.*

C'est surtout dans ce but que beaucoup de chirurgiens ont eu recours à la méthode combinée.

Albarran prétend pourtant que, dans un cas, «la pression d'un aide s'exerçant sur la prostate à travers la vessie, ne lui a pas facilité beaucoup l'opération. »

Mais, si l'ouverture vésicale n'a pas dans tous les cas l'avantage précédent, elle permet toujours, du moins, de contrôler le travail que l'on fait par la voie périnéale.

On a objecté à la méthode :

1° Qu'elle lèse la muqueuse vésicale. — Surtout, comme nous l'avons dit, si on se livre à ces évidements dont nous

connaissons les inconvénients. Mais même si on fait simplement la taille.

Aussi certains auteurs ont-ils conseillé d'ouvrir le ventre sans ouvrir la vessie, de faire des uréthrostomies périnéales, manœuvres qui visaient au même but : abaissement de la prostate.

2° Qu'elle complique et aggrave l'opération. — « Quant à l'opération combinée, dit Proust, nous ne nous sentons que peu attiré vers elle, parce que c'est une méthode combinée, et qu'en chirurgie générale la simplicité d'une seule voie est toujours préférable. »

L'aggravation du traumatisme est une objection si sérieuse que nous voyons quelques auteurs et même Nicoll, avec Clarke Bruce, Albarran, conseiller l'opération en deux séances.

Nicoll ne conseille-t-il pas d'attendre la guérison de la cystite et de la plaie périnéale avant d'agir sur l'obstacle intravésical ?

En résumé, l'opération combinée nous semble devoir être réservée seulement aux cas où l'on a affaire à une saillie intravésicale limitée et pédiculée non accessible par cette dernière voie : Dans les cas graves (infection, cachexie), on pourra intervenir en deux séances, de façon à diminuer le choc opératoire.

IV. — De la méthode de choix — Indications.

Insuffisance des autres traitements de l'hypertrophie prostatique. — Supériorité de la prostatectomie.

Les partisans du cathétérisme ne manqueront pas d'objecter : 1° que beaucoup de malades ont retiré de ce traitement des résultats surprenants et durables.

Il est certain que toute une catégorie de malades, dits à tort prostatiques, ont vécu longtemps, sans accidents, de la vie cathétérienne Ce sont ceux chez lesquels les phénomènes dysuriques sont fonction d'une myopathie primitive de la vessie. Ces dysuriques fonctionnels, ces « impuissants mictionnels », comme les appelle Rochet, ne doivent pas être opérés : il n'y a pas d'obstacle à la miction, il ne peut être question de suppression de l'obstacle.

Les bons effets du cathétérisme n'ont dans ce cas rien de surprenant : la perméabilité de l'urèthre le rend facile et sans danger; en allégeant la tâche du muscle vésical, et en supprimant le résidu urinaire, il devient efficace. Il est donc logique d'avoir recours à lui.

Insuffisance du cathétérisme et nécessité d'une intervention

Mais chez les prostatiques proprement dits, ceux qui répondent à notre définition, chez lesquels la prostate hypertrophiée crée un obstacle à la miction, il est non moins logique de songer à enlever cet obstacle.

On nous dira que la prostatectomie est grave et que l'obstacle n'empêche que bien rarement le cathétérisme, que par suite il est téméraire d'exposer des individus âgés à une opération qui peut les enlever.

Nous avons vu que la gravité de l'opération tient seulement à ce qu'elle est faite trop tardivement, lorsque le malade a été obligé de finir par où il aurait dû commencer.

Tôt ou tard en effet, le cathétérisme devient ou dangereux ou insuffisant.

Nous n'insisterons pas sur les inconvénients multiples de la vie cathétérienne, qui crée, lorsqu'elle est une nécessité, une incontestable infirmité. Certains, les gens aisés et soigneux, peuvent à la rigueur s'y astreindre; mais les ouvriers, les paysans, les besogneux ne peuvent guère songer à vivre de cette vie : pour eux surtout, le cathétérisme est une arme à double tranchant ; « mal exécuté et avec des instruments sales, il n'est pas longtemps supporté par eux et son emploi régulier devient vite impossible et dangereux ».

Mais l'infirmité créée par le cathétérisme n'est pas l'objection la plus sérieuse qu'on peut lui adresser.

1° Parfois la sonde ne passe pas ou passe au prix de difficultés et d'accidents tels, que le médecin est obligé de recourir à de nouveaux moyens (Rochet).

La congestion, dans ces cas là, est la grande cause des difficultés ou de l'impossibilité du cathétérisme. Or les poussées de congestion sont fréquentes chez les prostatiques ; elles surviennent brusquement et fréquemment sous l'influence de causes banales : le canal devient imperméable, rétention aiguë. Les progrès de l'hypertrophie, altérant la forme et le calibre de l'urèthre, seront aussi une nouvelle source de difficultés. Un praticien habile viendra souvent à à bout du cathétérisme, nous le voulons bien ; mais encore plus souvent le malade, plus maladroit et plus pressé, quelquefois aussi le médecin compliqueront par un sondage la situation : hémorragie, fausses routes, poussées d'uréthrocystite apparaîtront qui nécessiteront une intervention.

2° Dans d'autres cas, le cathétérisme « malgré sa pratique

régulière et facile, ne parvient pas à protéger le malade contre la cachexie urinaire progressive ».

La rétention chronique s'installera petit à petit insidieusement, à mesure que, l'obstacle progressant, le bas-fond s'accroîtra ; la vessie perdra de plus en plus sa tonicité : survienne un cathétérisme malpropre, l'infection vésicale aggravera les symptômes, altérera la musculature vésicale ; secondairement, l'infection gagnera les reins.

L'intervention, ultime ressource, sera loin d'être bénigne ; nous avons vu justement que ses revers étaient imputables aux conditions défectueuses dans lesquelles était le malade.

Elle pourra être utile ; nous avons vu que, dans les cas de survie, on constatait une amélioration plus ou moins grande, et quelquefois la guérison des accidents.

Mais, à coup sûr, il est dangereux de la reculer jusque-là ; La progression de l'obstacle prostatique, amenant l'atrophie du muscle vésical, d'autant plus facilement que ce muscle était déjà plus ou moins atrophié par l'âge, et la cystite amenant sa sclérose, il importe d'opérer de bonne heure avant que la vessie troublée « n'ait déjà perdu sa contractilité, avant que l'infection n'ait ajouté ses lésions difficilement réparables ».

Comment intervenir ?

Les résultats des traitements opératoires autres que la prostatectomie sont insuffisants ou incertains. — Leur nombre et leur diversité sont déjà une preuve qu'aucun d'eux n'est radical.

Les opérations qui s'adressent à l'hypertrophie prostatique sont de trois ordres : (Legueu.)

1° Celles qui ont pour but la dérivation des urines. — De ce nombre, sont le drainage vésical, hypogastrique ou périnéal : Pratiquée contre les accidents généraux d'infec-

tion urinaire, la cystostomie constitue une ressource précieuse dans les formes suraiguës ou aiguës. Dans les formes chroniques, on ne doit avoir recours à elle qu'après l'échec de la sonde à demeure, dont l'efficacité est réelle le plus souvent.

Mais, admise comme méthode thérapeutique définitive, la cystostomie, (le méat sus-pubien plutôt) dans le but d'enrayer les accidents locaux, elle est insuffisante : la continence est très rare et n'est due le plus souvent qu'à l'atrésie de l'orifice et non à la néoformation hypothétique d'un sphincter : Après comme avant l'opération, le malade est un infirme ; l'infirmité post-opératoire est encore plus pénible et le malade vient souvent lui-même réclamer la guérison de son méat contre nature.

Dans les cas les plus heureux, le méat sus-pubien est encore insuffisant ; la vessie reprend bien sa contractilité au moins partielle, mais le bas-fond persiste, l'urine stagnante expose à la formation des calculs et à l'infection.

La cystostomie définitive est donc absolument à rejeter. La cystostomie temporaire pourra être utile et sera réservée aux cas de rétention aiguë, avec impossibilité de cathétérisme chez les infectés. C'est une opération d'urgence qui n'a d'autre but que d'enrayer des accidents très graves et de sauver la vie du malade.

2° *Opérations qui ont pour but de modifier la prostate en agissant sur les testicules.* — Les opérations testiculaires ont joui ces temps derniers de la faveur des chirurgiens, sinon des malades. Les données anatomo-physiologiques, l'expérimentation montrant le parallélisme de développement qui existe entre les testicules et la prostate faisaient espérer que chez les prostatiques la castration amènerait l'atrophie de la glande. Il est certain que l'orchidectomie amène une diminution de volume considérable ; mais les quelques autopsies

faites, souvent peu de temps après l'opération, ne permettent pas d'affirmer qu'il y a atrophie réelle, glandulaire.

La diminution de volume précoce résulte exclusivement de la décongestion.

Cette notion nous rend compte des bénéfices thérapeutiques : l'amélioration des symptômes dysuriques, immédiate, est presque constante : la vessie recouvre au moins en partie sa contractilité, la cystite s'améliore ou disparaît. Mais les résultats éloignés sont loin d'être aussi favorables et constants : la plupart des malades, 60 % (Legueu restent améliorés, 30 % ne retirent aucun bénéfice, 10 % peuvent se considérer comme guéris.

« La rapidité de l'amélioration dans tous les cas, l'indépendance qui existe à ce moment et se maintient plus tard entre l'amélioration fonctionnelle et le volume de la prostate permet de penser que l'influence de la castration s'exerce d'abord sur l'élément vasculaire.

L'action décongestive de la castration est immédiate et définitive ; elle met le malade à l'abri des crises de congestion qui jouent un si grand rôle dans l'évolution du prostatisme. »

L'action atrophique sur l'élément grandulaire, tardive, est aléatoire, inconstante. Quant à son action sur la contractilité vésicale, si elle est certaine, son explication est encore bien difficile.

Ainsi donc, la castration anatomique n'agit que sur un élément morbide, la congestion.

Elle est très grave au point de vue opératoire : enfin bien des malades hésitent à faire le sacrifice de leurs testicules ou ne se consolent pas de leur perte : au point de vue moral, l'effet est désastreux ; la neurasthénie et la folie post-opératoires sont fréquentes.

Aussi a-t-on songé à faire la castration physiologique :

angioneurectomie, vasectomie. Si leur gravité est moindre, leurs résultats sont encore plus incertains.

3° Reste le groupe des *opérations prostatiques* : méthodes directes, visant soit la destruction, soit l'ablation de l'obstacle.

La prostatotomie a vécu : l'incision pure et simple ne conviendrait du reste qu'à quelques cas, formes en barre surtout; elle est de plus insuffisante : « la brèche se referme, l'obstacle se reproduit et l'amélioration définitive disparaît au bout de peu de temps. »

La section galvano-caustique de Bottini jouit d'une grande vogue présente, surtout depuis que Freudenberg a perfectionné et précisé la méthode. Les résultats immédiats sont bons : l'opération est simple et bénigne (5 °/₀ de mortalité) ; mais la récidive survient parfois. L'opération n'est donc pas plus radicale que les précédentes, si l'on se place au seul point de vue du rôle de l'obstacle prostatique.

Mais nous avons vu que la nature de l'hypertrophie est un élément qu'il ne faut pas négliger : la néoplasie bénigne peut devenir maligne. La prostatectomie s'impose donc et cette dernière notion nous impose à une large exérèse ; d'où s'ensuit immédiatement l'infériorité des prostatectomies *partielles*, qui elles-mêmes ne mettent pas sûrement à l'abri des récidives.

Méthode de Choix

La prostatectomie totale ou *subtotale*, car nous savons que la partie anté-uréthrale non glandulaire peut être respectée sans danger, est donc la méthode de choix. Elle est logique et rationnelle, elle doit être faite donc sans hésitation devant les insuccès ou l'inconstance des résultats fournis par les autres interventions : elle est vraiment radicale.

Moment de l'intervention. — La fera-t-on dans le cas de rétention aiguë (Jaboulay)? Celle-ci est fonction de la congestion, il nous semble donc inopportun d'agir à ce moment: l'opération serait dangereuse à cause de l'hémorragie et nous savons combien sont vasculaires les plexus veineux péri-prostato-vésicaux.

La ponction, efficace et bénigne, si la vessie est aseptique, le drainage temporaire, si elle est infectée, permettront, en cas de sondage impossible, de rétablir la perméabilité uréthrale, de mettre la vessie au repos, d'agir contre l'infection ; plus tard on agira radicalement.

Il nous semble qu'il vaut mieux intervenir à froid, en quelque sorte, dès que la miction ne parvient plus à vider complètement le réservoir urinaire, dès que la vessie n'arrive plus malgré ses efforts à se débarrasser complètement de son contenu; le résidu ne fera, en effet, que s'accroître si on laisse la vessie livrée à ses propres forces.

L'intervention est indiquée :

Parce que la miction spontanée a encore un rôle très étendu et suffit à évacuer une bonne partie des urines du réservoir, parce que l'ablation de l'obstacle qui est cause du surmenage et de l'atonie vésicale, en rétablissant la perméabilité uréthrale, et supprimant le bas-fond, permettra au muscle vésical qui n'est pas encore atrophié, mais simplement fatigué, d'être à la hauteur de ses fonctions.

Le résultat sera d'autant meilleur que l'atrophie, fonction du surmenage, et la sclérose, fonction de l'infection, n'auront pas encore altéré le muscle vésical.

Il faut donc opérer dès que la vessie devient insuffisante et avant quelle soit infectée. Les résultats seront alors les meilleurs possibles.

C'est donc, comme nous le disions au début, le facteur contractilité vésicale, qui commande le pronostic.

Choix de l'intervention. — Nous savons que la voie périnéale est la meilleure pour agir sur la prostate ; les méthodes à lambeau donnent un jour considérable et un champ opératoire dans lequel on peut manœuvrer à l'aise. La position périnéale inversée (avec la simple incision de Nélaton, l'emploi du désenclaveur ou du lithotriteur qui permettent la hernie, entre les releveurs, de la glande), leur est supérieure ; l'ablation de la prostate est au moins aussi aisée, les délabrements des parties molles moindres.

L'ouverture de l'urèthre prostatique nous semble inutile, l'extirpation sous-glandulaire, dont nous avons vu la facilité et la bénignité vantées par tous les auteurs, nous semble préférable et tout aussi radicale.

« La disposition d'un certain nombre de prostates qui envoient des prolongements plus ou moins pédiculés et saillants dans la vessie, ne permettrait pas toujours, par la voie périnéale seule, de libérer entièrement le col vésical ; ces saillies devraient être à leur tour directement attaquées par la vessie. » (Desnos.)

Si la cystoscopie ou le cathétérisme ont décelé l'existence d'une valvule, d'une tumeur pédiculée, en luette, en croupion... l'incision sus-pubienne permettra de la mieux attaquer ou exciser. On fera alors la prostatectomie combinée.

Mais, en aucun cas, on ne devra, nous semble-t-il, pratiquer par en haut ces évidements, ces énucléations qui meurtrissent la muqueuse, amènent des brèches, des poches, future cause de rétention et de stagnation de l'urine.

Voilà ce qu'il nous semble logique de faire chez un malade résistant et aseptique.

Mais nous avons vu que la prostatectomie avait été bien rarement faite dans ces conditions de précocité et d'asepsie, et que pourtant les malades avaient retiré un bénéfice

presque constant et durable de l'opération : amélioration notable le plus souvent, parfois même guérison.

Il faudra donc intervenir, sauf lésions rénales ou cachexie avancées (cas dans lesquels on voit les insuccès opératoires), tant qu'il y aura une contractilité vésicale suffisante.

S'il n'y a pas de lobe médian pédiculé devant nécessiter la taille sus-pubienne : opération périnéale et drainage cysto-périnéal qui sera efficace et supérieur au drainage hypogastrique.

S'il y a un lobe médian, on fera l'opération en deux séances :

1° Cystostomie, excision prostatique et drainage sus-pubien ; et 2° Prostatectomie périnéale, après amélioration de l'état général et local.

Enfin, chez ceux pour lesquels une opération est la suprême ressource, on aura recours à la cystostomie temporaire. Plus tard on pourra songer à la compléter par la prostatectomie.

CONCLUSIONS

1° L'hypertrophie prostatique est une maladie locale :

Anatomiquement, la prolifération glandulaire (d'origine inflammatoire ou néoplasique) affecte la forme de l'adénome, adéno-fibrome ou fibrome-atrophique.

Tumeur bénigne, l'adénome peut évoluer vers la malignité : épithélioma.

Cliniquement, l'obstacle prostatique amène le surmenage de la vessie, son atrophie, d'autant plus facilement que l'âge ou la débilité l'ont déjà plus atteinte. La sclérose vésicale est causée par l'infection : telles sont les causes des symptômes de dysurie et rétention chez les prostatiques vrais.

2° A. — Pour intervenir radicalement, il faut donc enlever la prostate :

a) En totalité : on évitera ainsi les récidives et la dégénérescence.

b) D'une façon précoce, avant que les lésions vésicales soient définitives : dans la première période, aseptique, du prostatisme où la contractilité du muscle vésical est encore conservée.

B. — Les prostatectomies partielles, visant simplement à la suppression de l'obstacle mictionnel, ne sont que palliatives et insuffisantes.

La prostatectomie sus-pubienne rend, chez les infectés porteurs d'une hypertrophie limitée intravésicale, chez les

calculeux, de grands services ; elle doit être considérée comme un temps préliminaire destiné à être complété par l'ablation des lobes latéraux, lorsque le malade sera en état de supporter une intervention radicale.

3° On ne devra pas intervenir chez les cachectiques, les vieux infectés porteurs de lésions rénales, ni chez les malades en rétention aiguë

4° La prostatectomie sera donc d'autant plus bénigne et plus efficace qu'elle sera plus large (c'est-à-dire totale) et plus précoce.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Opération faite le 17 janvier 1890, publiée dans le *Montpellier Médical* — 16 août 1891).

Voie sus-pubienne.

Basile Vill..., maçon, domicilié à Vic-Mireval, 64 ans.

Troubles urinaires depuis 1887. Jamais de blennorrhagie, ni de traumatisme. Pendant une quinzaine de mois (1888-89), Cathétérisme et irrigations vésicales. *Plusieurs hématuries.*

Depuis septembre 1889, le malade pisse nuit et jour, toutes les dix minutes *avec d'horribles souffrances et des efforts inouïs :* il crie, hurle, perd ses matières fécales, a du prolapsus rectal, une énorme hernie inguinale gauche.

Le 15 décembre, je trouve la prostate volumineuse, faisant une saillie dure dans le rectum. L'explorateur coudé de Mercier-Guyon décèle, en arrière *d'un gros lobe médian, plusieurs calculs. Urine purulente, ammoniacale. Cathétérisme difficile.*

17 janvier 1890. Taille hypogastrique. Ablation de huit petits calculs phosphatiques, logés dans une profonde dépression rétro-prostatique. Une tumeur s'attache à la lèvre postérieure du col. Elle a la forme et les dimensions d'un corps utérin coupé à l'isthme et attaché à sa surface de section.

Incision de la muqueuse, à la racine du pédicule. Excision de la masse, qui est profondément arrachée par torsion. Peu de sang, tube de Périer. Quelques douleurs pendant les deux premiers jours, probablement dues à la pression du tube de Périer sur le bas-fond vésical. Sonde uréthrale appliquée le 22 février et bien supportée. Cicatrisation complète le 24 mars, sans accidents graves depuis l'opération. Le 16 avril, une fistulette s'ouvre, laissant à cha-

que miction échapper quelques gouttes d'urine. La grosse hernie paraît avoir favorisé la reproduction de la fistule. En juillet 1890, le *malade se félicite du résultat.* Il urine spontanément, mais se sonde toutes les 3 ou 4 heures sans difficulté. Amélioration progressive.

En novembre 1890, accidents lypémaniaques dont la cause principale paraît être dans la perte totale d'une petite aisance gagnée par trente années de rude labeur.

En 1891, *il urine toutes les quatre heures* et se *sonde de loin en loin Excellent appétit.* Le malade fait de longues courses, errant souvent autour d'une propriété, dont il a été exproprié. *Fonction urinaire satisfaisante.*

En avril 1892, suicide, annoncé depuis quelque temps: « Pourquoi vivre ruiné et impuissant ».

Observation II

(Service de M. le professeur Tédenat)

Voie sus-pubienne.

Homme de 70 ans. Depuis quinze ans, *mictions nocturnes fréquentes;* depuis quatre ans, sept ou huit cathétérismes *évacuateurs de plus en plus pénibles. Urine purulente, dyspepsie.*

Grosse saillie de la prostate dans le rectum.

Excision d'un lobe moyen (25 *gram.*) *et d'une tumeur du volume d'une noix appartenant au lobe* gauche. Hémorragie médiocre (3 mai 1893).

Tubes de Périer enlevés le 15 mai.

Sonde de Malécot à demeure, et cicatrisation complète le 29 mai. A partir de ce moment, le malade *urine toutes les quatre heures.* Il se *sonde le soir facilement* et n'*urine que deux fois la nuit.*

Cette situation dure deux ans et le malade succombe le 6 juillet 1895 à une pneumonie.

Observation III[1]

(Service de M. le professeur Tédenat.)

Voie sus-pubienne.

Jean B..., 67 ans, se sonde *depuis trois ans*, cinq *fois par jour*, ce qui ne l'empêche pas d'uriner *par petits jets, péniblement*, une *dizaine de fois dans les 24 heures*.

Opération le 2 mai 1892.

Excision *des deux lobes latéraux*, trente cinq grammes en tout. Suintement sanguin tenace, rendant nécessaire un tamponnement serré à la gaze iodoformée pendant trois jours. Sonde à demeure du 10 au 25 mai.

Cicatrisation complète le 3 juin.

Depuis lors jusqu'à la fin novembre 1892, miction toutes les *cinq heures sans douleur*.

Le malade *passe un Béniqué* 5o *tous les cinq jours* et *jouit d'une assez bonne santé*.

Attaque d'apoplexie en décembre 1892.

Observation IV

(Desnos. — *Presse Médicale*, 18 septembre 1899).

M. Lalab..., 58 ans, ne présente aucun antécédent urinaire autre qu'une blennorrhagie de courte durée à l'âge de vingt ans, bonne santé habituelle, sauf quelques douleurs articulaires, vers l'âge de cinquante ans.

Il y a *quatre ans*, il a commencé *à uriner plus fréquemment*, la nuit seulement, et les mictions étaient plus lentes, le départ du jet se faisant attendre. Ce n'est qu'au bout *de 18 mois environ* que cette fréquence se montra également pendant le jour.

Pendant deux ans environ, tout se borna à ces symptômes, mais alors les urines devinrent troubles, très sales à certains moments ;

[1] Ces trois observations ont été publiées in *Leçons de Clinique chirurgicale* du prof. *Tédenat*. 1899.

en même temps, la fréquence augmenta et des douleurs légères d'abord, accompagnèrent et suivirent la miction.

Pendant un an cet état resta stationnaire.

Mais la situation devint beaucoup plus grave, très rapidement, il y a quinze mois environ : les mictions fréquentes, souvent incessantes, s'accompagnèrent de douleurs vives, se terminant presque toujours par une exacerbation violente. A ce moment, on essaie de sonder, mais la sonde métallique employée alors ne peut pénétrer dans la vessie.

Il y a six mois, survinrent des douleurs assez vives, siégeant à la région rénale droite et le pli de l'aine ; elles durèrent une huitaine de jours, toujours sourdes, ou tout au moins sans violence extrême, et sans présenter les caractères d'une colique néphrétique. Leur apparition et leur disparition ne modifièrent d'ailleurs en rien l'évolution des autres symptômes.

A partir de ce moment, l'aggravation fut régulièrement progressive ; aux mictions, de plus en plus fréquentes et douloureuses, se joignirent des douleurs constantes à l'abdomen, au bas-ventre et au périnée ; elles ne sont nullement exaspérées par la marche ; jamais il n'y eut d'hématurie.

Le 28 avril, je vois le malade pour la première fois ; *les mictions ne se font qu'avec des efforts violents et amènent l'issue d'une urine très trouble, contenant de longs filaments glaireux et abandonnant au fond du vase un dépôt verdâtre et gluant.*

Par le toucher rectal, on trouve une prostate relativement peu hypertrophiée, mais congestionnée et animée de battements ; le bas-fond vésical est distendu et douloureux à la pression.

Une sonde à boule et exploratrice parcourt librement le canal antérieur, franchit la région membraneuse et bute dans la région prostatique sans pénétrer dans la vessie. Une sonde béquille passe et donne issue à 120 grammes environ d'urine retenue (le cathétérisme avait été pratiqué aussitôt après une miction), fétide, purulente ; du pus presque pur s'écoule à la fin. Cet examen, renouvelé cinq jours plus tard, montra une *rétention de 140 grammes* environ.

L'examen cystoscopique est difficile à cause de la sensibilité vésicale, malgré l'emploi de la cocaïne. Une inspection rapide permet de voir une *tumeur prostatique médiane, isolée*, faisant nette-

ment saillie dans la vessie, les parois vésicales, inégales et contractées, présentent des lésions de cystite intense : aucune autre image ne se présente dans le champ du cystoscope.

Quelques lavages, des évacuations régulières n'ayant produit aucun résultat, je propose la taille hypogastrique dans le but à la fois de traiter une cystite intense et de réséquer le lobe prostatique saillant.

Opération. — 6 mai 1899.

Le malade, rasé et lavé, est placé sur un lit à renversement et soumis à l'anesthésie chloroformique ; la vessie est lavée, puis modérément distendue, et un ballon de Petersen, préalablement introduit dans le rectum, est rempli de 400 grammes d'eau. Je pratique sur la ligne médiane au-dessus du pubis une incision de 18 centim. environ, j'écarte les muscles droits, dont je pratique la désinsertion sous-périostée au niveau du pubis, sur une étendue suffisante, afin d'avoir une ouverture large pour toutes les manœuvres. Le malade est alors renversé et le relèvement avec le doigt de la couche graisseuse prévésicale, y compris le cul de-sac péritonéal, se fait facilement.

La vessie, globuleuse et sillonnée de grosses veines, apparaît au fond de la vessie et est incisée longitudinalement ; les bords en sont relevés, transfixés par des fils suspenseurs ; les parois vésicales sont épaisses, la muqueuse très congestionnée et desquamée, enfin le doigt, introduit dans la cavité, rencontre derrière la prostate trois petits calculs, qui, dans la position qu'ils occupent, échappent à la vue et qui sont facilement retirés. La prostate, en masse, fait une saillie peu considérable, mais au niveau du col, sur la ligne médiane, le lobe moyen proémine sous forme d'une véritable luette, comparaison exacte aussi bien pour la forme que pour les dimensions de la tumeur prostatique. Cette petite tumeur étant saisie par une pince de Museux, j'en pratique l'excision au bistouri. L'hémorragie est insignifiante, mais je remarque qu'au niveau de l'urèthre le passage n'est pas absolument libre et qu'une saillie existe encore; je creuse alors avec un couteau de galvano cautère un sillon profond, qui se prolonge dans l'urèthre prostatique.

La vessie est lavée, une sonde de Pezzer est introduite dans l'urèthre et, en plus, des tubes siphons de Guyon sont fixés dans l'angle inférieur de la plaie hypogastrique ; suture à trois étages de la vessie, des muscles, de la peau.

7 mai — Les tubes et la sonde ont bien fonctionné. Les urines, rouges, pendant les premières heures, s'éclaircissent vers la fin de la journée. Température 37° 4.

9 mai. — Aucun suintement n'est apparu au niveau du pansement ; les urines sont encore rosées. Temp. 37° 2 à 36° 6.

13 mai. — Le malade n'accuse plus aucune souffrance, ni aucun besoin d'uriner ; les urines sont un peu louches, mais sans teinte hématurique. Temp. 37° 1.

15 mai. — Les tubes siphons sont retirés, la sonde fonctionne bien.

17 mai. — Une certaine quantité d'urine a coulé par la plaie hypogastrique, qui conserve bon aspect.

20 mai. — L'écoulement d'urine par la plaie, très peu abondant, a cependant continué en diminuant de jour en jour.

23 mai. — Le pansement est presque sec.

28 mai. — Aucun écoulement par la plaie, qui se ferme rapidement. La sonde fonctionne toujours.

30 mai. — La plaie est complètement fermée, la sonde est retirée.

31 mai. — Le malade a uriné sans douleur et facilement; un cathétérisme pratiqué immédiatement après une miction se fait avec la plus grande facilité (sonde de Nélaton) et ne ramène que quelques gouttes d'urine.

8 juin. — Les *urines restent limpides*, *les mictions sont normales*, sans aucune douleur, et la vessie continue à se vider complètement. Un examen cystoscopique permet de constater la *liberté du col vésical* au niveau duquel aucune saillie n'existe plus.

12 juillet. — Le malade écrit que les mictions sont restées normales ; il ne se relève plus qu'une fois vers la fin de la nuit, et peut espacer *de 5 heures les mictions de la journée* ; les urines restent limpides.

Observation V

(Recueillie par M. Fuster. Service de M. Tédenat).

Voie périnéale.

Pierre J..., 63 ans, de Meyrueis. Pas d'autres accidents que ceux qui l'amènent à l'hôpital. Depuis *cinq ans, accidents* de prostatisme. *Cathétérisme nécessaire de 4 à 6 fois par jour depuis deux ans. Urines troubles. Dyspepsie.*

3 février 1898. — Prostatectomie périnéale. Cathéter dans la vessie pour fixer la prostate. Incision de 5 centim. sur la ligne ischiatique. Décollement du bulbe, qui est rejeté en avant. Deux ligatures. Section médiane de la capsule prostatique, qui est décollée de chaque côté sur une largeur de deux centim. environ. Prostate saisie par des pinces à quatre griffes et attirée. Son bec est saisi et décollé, de petits coups de bistouri sur la ligne médiane facilitent la décortication et la section par petits morceaux. On enlève 47 grammes de tissu prostatique. L'urèthre est perforé. Une sonde est mise à demeure. Suture, cinq points; on met un drain au niveau de la plaie uréthrale et autour du drain une mèche de gaze. Accidents fébriles peu graves pendant 6 jours. Guérison complète le 3 mars.

M. Tédenat a revu le malade en juillet 1899. *Il urinait cinq fois par jour, une ou deux fois la nuit*, avec un *résidu urinaire insignifiant. Urine claire. Etat général excellent.*

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 novembre 1901.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 novembre 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran.— Art. Prostate. Traité de chirurgie. Le Dentu, tom. IX.

— Guérison radicale de l'Hypertrophie de la Prostate (Ass. fr. d'urologie. 5e sess., novembre 1901).

Albarran et Hallé. — Hypertrophie et néoplasies épithéliales de la prostate (Société de biologie, 2 juillet 1898).

— (Annales des maladies des organes génito-urinaires, février et mars 1900).

Albarran et Proust. — Prostatectomie totale (Société anatomique, 10 mai 1901).

Barbin. — Contribution à l'étude des rétentions d'urine chez la femme, 1901.

Baudet. — De l'ablation de la prostate hypertrophiée par la voie périnéale (Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie, n° 63, 1899, pag. 745).

Belfield. — Prostato-cystostomie postérieure (Journ. Amer. méd. Assoc., 7 avril 1894).

Bjorn-Hoderus. — Quarante cas d'Hypert. de la prostate traités par différentes méthodes opératoires à la clinique chirurgicale d'Upsale depuis 1891 jusqu'à 1896. Upsala Lakareförenings förhandliger, 1896 1897, pag. 360 et 459 (C. R. in Ann. des mal. des org. gén. ur., 1897).

Brin. — Rétentions aiguës et chroniques chez les prostatiques. Th. Paris, 1898.

Bruce Clarke (William). — Prostatectomie en deux séances. British med. Ass. LXVIIIe Congrès annuel, juillet-août 1900 (C.R. *in* Gaz. hebd. 1900).

Bryson. — Prostatectomie suspubienne (New-York med. journ., juillet 1895).

Casper. — Pathologie de l'appareil urinaire des vieillards. (Centralblatt für chirurgie, n° 13, pag. 295, 1894).

Chance (Arthur). — Traitement opératoire de l hypert. prostatique (The Dublin journ. of medic Science, avril 1894).

Ciechanowski (Stanislas). — Quelques aperçus sur le prostatisme au point de vue anat. pathologique (Ann. des mal. des org. gén. ur., mai 1901).

Cox (Edwin). — Un cas d'ablation du lobe moyen de la prostate chez un homme de 76 ans (The New-York med. journ., juin 1895).

Delagenière (du Mans). — De la voie périnéale et périnéo-parasacrée pour les interventions sur la prostate (Arch. Prov. de chir., 1er août 1899).

Delefosse. — La pratique de la chirurgie des voies urinaires,

Delore (Xavier). — De la fonction du nouvel urèthre hypogastrique chez les prostatiques anciennement cystostomisés,

Desnos. — Indications de la résection de la prostate chez les prostatiques (Comm. IXe Congrès de chirurgie, 1895. Ann. des mal. des org. gén. ur.. 1895. pag. 1087).

— De la désinsertion des muscles droits dans la taille hypogastrique (Assoc. franc. d'Urol. 1re session, octobre 1896. Ann. des org. gén. ur.),

— Valeur de la prostatectomie contre l'hypertrophie de la prostate (Communic. XIIe Congr. intern. de médecine, Moscou, 1897. Ann. gén. ur., 1897.)

— La prostatectomie (XIIIe Cong. intern. de méd., Paris, (Ann. gén ur., 1900).

— Sur un cas de résection de la prostate (Presse médicale, 18 septembre 1899).

— Traitements modernes de l'hypertrophie prostatique, 1901.

Dittel. — Un cas d'extirpation totale de la prostate (Centralblatt für chirurgie, n° 42, 1893).

Fabre. — Déformations du col cervical dans l'hypert. prost. Th. Lyon, 1900.

Faure (Jean). — Cystostomie sus-pubienne .. Indications. Th. Lyon, 1895.

Forgue. — Art. Hypert. de la prostate. Traité de chirurgie, Duplay et Reclus.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

Freyer. — Nouvelle méthode pour la prostatectomie périnéale (British med. journ , 1900, tom. I, 698).

Frisch (Von). — Les résultats éloignés des traitements opérat. de l'hypert, prost. (Rapport, Congrès int. de Paris, 1900).

Füller. — Traitement radical de l'hypertrophie prostatique (Méd. Rec., 19 nov. 1898).

Füller. — Une série de 6 cas de prostatectomie opérés avec succès (Journ. of cut. and gen. ur. Dis. février 1895, pag. 229).

Gallet-Duplessis. — De la symphyséotomie chez l'homme. Th. Paris, 1892 93.

Genouville.— La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique (Arch. de physiologie, 1894, et Th. Paris, 1895).

Guépin.— Pathogénie et causes de l'hypertrophie sénile de la prostate (Académie de médecine, 30 mai 1899).

Guillemain. — La pratique des opérations nouvelles.

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate.

— Leçons clin sur les maladies des voies génito urinaires.

Guyon et Albarran. — Physiologie pathologique de la rétention d'urine (Arch. de méd. expérim., 1897).

Héresco et Lacaille. — Fistule hypogastrique consécutive à une cystostomie sus-pubienne chez un prostatique (Ann. des mal. des org. gén. ur., 1899, pag. 258).

Hotchkiss. — 2 cas heureux de prostatectomie (New-York med. journ., 2 janvier 1897).

Jaboulay. — Prostatectomie d'urgence par la voie trans-ano-rectale médiane (Soc. des Sc. méd de Lyon, 5 décembre 1900).

Kops. — Un cas de prostatisme passé de la première à la troisième période (Ann. des mal. des org. génit. urin., 1898, p. 320).

Lafont. — Traitement des abcès de la prostate par l'incision rectale. Th. Paris, 1895.

Lagoutte. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, mars 1894.

Lagrange. — Traitement de l'infection urinaire aiguë chez les rétrécis et les prostatiques. Th. Paris, 1898.

Legueu. — Les résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypert. prost. (Rapport XIIIe Congrès intern. de Paris, 1900).

Lydston (Franck). — La relation entre le résidu et l'irritation vésicale, en particulier chez les prostatiques (Boston med. and surg. journ., janvier 1895).

Mauclaire. — Hypertrophie énorme des parois vésicales chez un prostatique (Société anat. 10 décembre 1894).

Micquel. — L'appareil urinaire chez l'adulte et le vieillard, 1891.

Motz. — Contribution à l'étude histologique de l hypertrophie de la prostate. Th. Paris, 1896.

— Contribution à l'étude du prostatisme (XIIIe Congrès intern. de médecine. Paris, 1900).

Moullin M. — Prostatectomie sus-pubienne (London chir. Soc., 8 novembre 1895).

Nicoll — Le rôle actuel du cystoscope en chirurgie (Glascow med. journ. décembre 1893).

Nienhaus. — La question de la prostatectomie (Beit. z. clin. chir., XIV, 2).

Picard. — Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme.

Pousson. — De la prostatotomie et de la prostatectomie dans le trait. de l'Hypert. Prost. (Soc. de chir., 12 juillet 1899).

Prédal. — La prostatectomie contre les accidents du prostatisme et en particulier contre la rétention. Th. Paris, 1897.

Proust. — De la prostatectomie périnéale totale. Th. Paris, 1900.

— La prostatectomie et la position périnéale inversée. (Presse médicale, 1901, 30 octobre).

Proust (Gosset et). — De la prostatectomie périnéale (Ann. des maladies des org. gén.-urin, 1900, I, 35).

Petit (Raymond). — Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate (Gaz. hebd., 10 janvier 1897).

Quénu et Baudet. — Extirpation du rectum cancéreux (Revue de gynécologie, 1898).

Rebillard (Ernest). — Des prostatiques calculeux et en particulier de leur traitement par l'épicystostomie. Th. Lyon, 1897.

Reliquet. — Recherches sur l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate. Th. Paris, 1900.

Robson (Mayo). — Prostatectomie sus-pubienne (Brit. med. journ. 14 juillet 1894).

— Prostatectomie sus-pubienne : 12 cas (Provinc. med. journ., 1er septembre 1894).

— Un cas de prostatectomie sus-pubienne (New-York med. journ., 20 février 1898).

Rochet. — Moyen d'aborder la région prostatique de l'urèthre et d'y tenter la cure radicale des angusties prostatiques (Province médicale, 1er juin 1896).

— Traité de la dysurie sénile.

Rouville (de). — Examen d'une prostate hypertrophiée, 35 jours après la castration double (Société anat., 7 janvier 1897).

— Traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique (Nouv. Montpellier médical, 9 et 16 janvier 1897).

Smith (J.-W.).— Prostatectomie sus-pubienne (British med. journ., et Ann. génit. urin , Décembre 1899).

Syms. — Amer. med. ass., juin 1900.

Tédenat.— Hypert. de la prostate chez des sujets jeunes (Gazette hebd. de Montpellier, 1889).

— Hypertrophie de la prostate (Nouv. Montpellier médical 1897, nos 47 et 48, et 1898, 23, 26, 30, et leçons de clinique chirurgicale).

— Comm. faite à l'ass. franç. d'urologie (5e session.— C. R. *in* Ann. gén. ur., novembre 1901).

Thomson. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.

— Traité des maladies des voies urinaires.

Tuffier.— Trois observations de prostatectomie (faites par Adenot) (Société de chirurgie, 16 octobre 1901).

Verhoogen. — Prostatectomie périnéale pour hypertrophie de la prostate (Ann. de la Société belge de chirurgie, juin 1900).

Vignard. — Prostatotomie et prostatectomie. Th. Paris, 1890.

Watson. — Le traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique (Boston med. and surg. journ., 15 août 1794 (C. R. *in* Ann. gén. ur., 1894)

White. — Le rôle actuel de la chirurgie dans l'hypertrophie de la prostate (Ann. of surgery, 1893. C.R. *in* Ann. Gén. ur. 1894).

Woolsey (de New-York). — Quelques considérations sur la prostatectomie (Journ. of cutan. and gen. ur. Dis. Juillet-août 1885. C. R. *in* Ann. Gén. ur., 1896, pag. 829).

Young. — Traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique. Amer. journ. of derm. and gen. ur. Dis 1900 (C. R. *in* gén. ur. 1900).

Société de chirurgie. (Albarran, Bazy, Routier) Sur la prostatectomie, 30 octobre 1901).

— Tuffier. Sur la prostatectomie, 6 novembre 1901.

Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. — 64e réunion annuelle de l'Ass. méd. de la Grande Bretagne, 1887 et (Ann. gén. ur., 1897).

SERMENT

En presence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.